

Departamento de Psiquiatría

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

COFIAS Y MANGUITOS.

**UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO
DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA
ENFERMERA A TRAVÉS DE DIBUJOS**

CAPS AND OVERSELEEVES.

A DESCRIPTIVE ANALYSIS OF THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE
NURSE THROUGH DRAWINGS

Tesis doctoral de

MARÍA FELIPA HERNANDO MARTÍNEZ



Director de la Tesis:

Directora de la Tesis:

Dr. FLORENTINO BLANCO TREJO

Dra. MARÍA CARMEN SELLÁN SOTO

Madrid – 2012

A Julián y Leticia Torres

“el cuidado es, más que un repertorio de destrezas, una actitud, una propensión a pensar que la vida sólo tiene sentido si se proyecta en otras vidas, si las completa y las hace posibles”

Florentino Blanco

“Esperamos, sabemos, en el fondo, que las cosas serán necesariamente así. La razón no siempre deja elegir”

Carmen Sellán

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo ha sido posible gracias al apoyo de numerosas personas que, de alguna forma, han estado presentes a lo largo de todo su desarrollo. En primer lugar, el haber llegado hasta aquí se lo debo a mis directores de tesis, profesor Florentino Blanco y profesora María del Carmen Sellán, que me han acompañado y han compartido conmigo las diversas etapas de su elaboración. Carmen Sellán, con su impulso y energía, siempre me ha estado apoyando para llegar al final, a la vez que me brindaba su cariño y amistad, ofreciéndome siempre su colaboración para aquello que le he solicitado. Florentino Blanco, me ha guiado por el sendero de la escritura y también en la búsqueda del conocimiento razonado y discutido, es decir, como un verdadero maestro preocupado por los demás, transmitiendo su conocimiento, a la vez que cercanía, sentimiento y amistad. Gracias muy sinceras a los dos, por vuestra ayuda, cariño, comprensión y paciencia hacia mí. Tengo que hacer mención de agradecimiento a mi tutor, el profesor José María Poveda, al cual le doy también, mi más sincero reconocimiento y gratitud.

Este trabajo, es el resultado de un proceso elaborado con meditación y reflexión sobre la enfermería, razonado desde mi experiencia profesional en: la asistencia, gestión y docencia. Esta experiencia, es la que me ha motivado para la elección del tema del estudio, y me ha permitido desarrollarlo bajo el prisma de mis vivencias como persona y mujer y, a su vez como enfermera y psicóloga.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a los estudiantes del curso 2009/2010 de La Paz y a los de la Fundación Jiménez Díaz por su colaboración. Así como a todas aquellas enfermeras y enfermeros, médicos y odontólogos que con su colaboración y ayuda hicieron que este trabajo fuera viable.

María Ángeles Cohen la agradezco disposición y valiosa ayuda.

Tengo que mencionar también a mis amigas y compañeras: Aurora Hernández, Iluminada Holgado y María Arévalo por su colaboración apoyo, cariño y amistad.

Quisiera agradecer al Colegio de Enfermería de Madrid, especialmente a Sara Gasco por su contribución a este trabajo, al facilitarme documentos y la aplicación de los cuestionarios.

A las profesoras de enfermería: Matilde Arlandis y Marisa Díaz, por su estímulo, apoyo y amistad. A la profesora María Teresa Argüello por su colaboración y amistad.

Tengo que reflejar aquí a mis amigos: Beatriz, José Antonio y Natalia, los cuales siempre han estado ahí, apoyando y ayudando. Haciendo que la tarea sea más fácil. De verdad, os doy las gracias por vuestro cariño y apoyo.

Mi agradecimiento y reconocimiento más sincero a José Luis, por su ayuda inestimable en la gestión informática, por su respeto y cariño. Gracias por saber permanecer hasta el final.

Mi más sentido reconocimiento en estos momentos a mis padres, los cuales me enseñaron el significado del esfuerzo, la responsabilidad, disciplina y renuncia.

No quiero olvidarme en estos momentos de Teófilo Hernando que me puso en contacto con la enfermería, disciplina con la que estoy muy comprometida. También, quiero mostrar mi agradecimiento a Luis Hernando por su cariño e interés y preocupación sobre mi actividad profesional.

A mis familiares más directos, como pueden ser: mis sobrinas Ana y Laura junto con Miguel por su ayuda incondicional y colaboración con sus aportaciones tan oportunas. Gracias por vuestro cariño.

Mi hermana Maribel por haber efectuado muchos trabajos imprescindibles para que yo pudiera dedicarme más al desarrollo de este trabajo. Muchas gracias por tu compromiso.

Leticia, mi hija con su alegría, buen humor y cariño, así como con su colaboración y cooperación en todo lo propuesto, ha hecho que esté trabajo llegue al final.

Julián, mi marido, y sobre todo la persona con la que comparto mi vida desde hace unas décadas. Te agradezco todo lo que haces por los que estamos a tu alrededor, siempre con cariño, paciencia, respeto y, dando ayuda al que te la ha pedido.

Cofias y manguitos.

Un análisis descriptivo de las representaciones sociales de la enfermera a través de dibujos

RESUMEN

La presente investigación se sitúa en la confluencia interdisciplinar de la Enfermería y la Psicología y otras ciencias de la salud, desde la cual hemos tratado de encontrar rasgos de identidad enfermera construida en espacios de interacción anómalos, que propician el desarrollo de identidades anómalas. Por este motivo, nos hemos acercado a alguno de los problemas laborales que presentan las enfermeras, como por ejemplo el *burnout*, cansancio emocional, malestar psicológico, entre otras denominaciones, con el fin de visibilizarlos una vez más. Además, nos hemos centrado más detenidamente en la identidad tratando de ver que estrategias y recursos discursivos utilizan las personas para que en sus interacciones con el otro construyan su identidad profesional. En este sentido, hemos tenido en cuenta el pasado del colectivo enfermero haciendo un recorrido “a vuelo de pluma” por la historia de las prácticas cuidadoras. Por otro lado, nos hemos centrado más detenidamente en el período comprendido desde la profesionalización de la enfermería, hasta la llegada a la Universidad con la Diplomatura y, por último, con la implantación del Grado en Enfermería, gracias a los acuerdos de Bolonia. Por otra parte, y muy en conexión con lo anterior, hemos llevado a cabo un análisis de la representación social de la enfermera, que es uno de los principales motivos de esta tesis. Para tal fin, hemos recogido alguno de los enfoques que esclarecen y ayudan a interpretar las ideas que Moscovici (1961) formuló y que nos han servido para entender, por un lado, la identidad enfermera y, por otro, los conceptos de objetivación y de anclaje. Estos conceptos los hemos utilizado en el análisis de los dibujos de la enfermera, siguiendo la estrategia metodológica que Burke (1969) propuso y, a través de su Gramática de motivos hemos podido extraer un gradiente de identidad enfermera.

Desde este marco teórico que constituyen los dos capítulos primeros de esta tesis, presentaremos el capítulo tres de metodología; los capítulos cuatro y cinco de resultados del análisis de los dibujos y la comparación de los resultados; el sexto con los resultados del análisis de textos y en el séptimo capítulo están los resultados comparativos entre Tipo de dibujo y los textos. A continuación, presentamos una discusión de los resultados y, por último, finalizamos con algunas conclusiones generales. Con este trabajo pretendemos contribuir a visibilizar nuevas formas de ver la construcción de la identidad enfermera en esa interacción sujeto, objeto y colectivo.

Caps and overseleeves

A descriptive analysis of the social representations of the nurse through drawings

ABSTRACT

This research is on the interdisciplinary boundary between Nursing, Psychology and other Health Sciences, from which we have intended to find nursing identity features constructed in anomalous spaces of interaction which favor the development of equally anomalous identities. For this reason, we have moved closer to some of the work issues which nurses have such as *burnout*, emotional weariness, psychological distress, among other designations, in order to make them visible once again. Furthermore, we have focused on identity with the purpose of realizing what strategies and discursive resources people use so that their interactions with others build their professional identity. In this respect, we have taken into account the past of the nursing profession through a quick review of the care practices. On the one hand, we have focused on the period from the professionalization of nursing until its arrival at University through the three-year Certificate in Nursing and, lastly, the establishment of the Grade in Nursing, thanks to the Bologna agreements. On the other hand, and in the same token, we have carried out an analysis of the social representation of the nurse, which is one of the main motives of the dissertation. For this purpose we have gathered some of the views which make clear and help to understand some of the ideas which Moscovici (1961) elaborated and which we have used to understand both the nurse identity and the concepts of *objectification* and *anchoring*. We have used these concepts in the analysis of the drawings of nurses, following the methodological strategy proposed by Burke (1969) and, through his *Grammar of Motives* we have been able to extract a gradient of nurse identity.

On the basis of this theoretical framework which is constituted by the first two chapters of this doctoral dissertation, we will go on To Chapter Three, which is methodological; chapters Four and Five deal with the results of the analysis of the drawings and the comparison between results; Chapter Six deals with the results of the analysis of the texts and in Chapter Seven we find the comparative results between the type of drawing and the texts. After that we will present the discussion of results and, finally, we will get to the general conclusions.

This doctoral dissertation intends to broaden the visibility of new ways of understanding the construction of nurse identity through the interactions between a subject, an object and a group.

Índice General

CAPÍTULO 1: LA ENFERMERA EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO	1
1.1.INTRODUCCIÓN:MARCO TEÓRICO	4
1.1.1. Justificación del objetivo general: escenario psicosocial institucional actual para la construcción de la identidad profesional enfermera y de su representación social	7
1.2.CONCILIACIÓN PROFESIONAL Y <i>BURNOUT</i>	8
1.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA IDENTIDAD	12
1.3.1. Elementos para una teoría de la acción	12
1.3.2. La identidad in the making	15
1.4. LA CONFIGURACIÓN IDENTITARIA DE LA ENFERMERÍA	22
1.5. IDENTIDAD ENFERMERA	23
1.5.1. Identidad profesional en proceso de construcción	24
1.5.2. Una identidad problemática en continuo cambio	33
1.5.3. Una historia apresurada de la identidad enfermera española	44
1.5.4. La formación académica de las enfermeras españolas	52
1.6. CONCLUSIONES	55

CAPÍTULO 2: LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ENFERMERA 61

2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	65
2.1.1. Los procesos de la representación social	70
2.1.2. Las funciones de las representaciones sociales	74
2.1.3. Aproximaciones a la lógica del pensamiento social	76
2.1.4. Los significados atribuidos a las representaciones sociales	78
2.1.4.1. Los significados atribuidos a la cofia	82
2.2. IDENTIDAD Y REPRESENTACIÓN	87
2.2.1. Acciones humanas y su objetivación	92
2.2.2. Socialización profesional	97
2.2.3. Socialización, profesión y mujer	102
2.3. CONCLUSIONES	111

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA 117

3.1. OBJETIVOS	119
3.1.1. Objetivo general	119
3.1.2. Objetivos específicos.	121
3.2. METODOLOGÍA	123
3.2.1. Estrategia metodológica utilizada en el análisis del proceso de construcción de la identidad y su representación social en contextos formativos y profesionales.	126
3.2.1.1. Diseño	126
3.2.1.2. Muestra	127
3.2.1.3. Procedimiento	141
3.2.1.4. Materiales para el análisis	144

CAPÍTULO 4: RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DIBUJOS DE LA ENFERMERA	165
4.1. ANÁLISIS (DESCRIPTIVO) DE LOS DIBUJOS	170
4.1.1. Evolución de la representación de la enfermera de los dibujos de los estudiantes de La Paz a lo largo del curriculum	171
4.1.1.1. Dibujos representativos de la enfermera en cada uno de los cursos	178
4.1.2. Evolución de la representación de la enfermera en los dibujos de los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz a lo largo del curriculum	188
4.1.2.1. Dibujos representativos de la enfermera en cada uno de los cursos	195
4.1.3. Dibujos realizados por enfermeras de hospitalización	202
4.1.4. Dibujos realizados por enfermeras de atención primaria	206
4.1.5. Dibujos realizados por médicos	210
4.1.6. Dibujos realizados por odontólogos	214
4.2. CONCLUSIONES	217

CAPÍTULO 5: RESULTADOS DEL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIBUJOS DE LA ENFERMERA

	227
5.1. ANÁLISIS COMPARATIVO DE DIBUJOS POR GRUPOS	229
5.1.1. Evolución general de los dibujos a lo largo del curriculum para las escuelas.	230
5.1.2. Todos los estudiantes de enfermería con todas las enfermeras	237
5.1.3. Todos los estudiantes de enfermería con los médicos	242
5.1.4. Todos los estudiantes de enfermería con los odontólogos	247
5.1.5. Enfermeras de atención primaria y enfermeras de hospitalización	252
5.1.6. Los médicos con todas las enfermeras	257
5.1.7. Los odontólogos con todas las enfermeras	261
5.1.8. Los médicos con los odontólogos	266
5.2. CONCLUSIONES	270

CAPÍTULO 6: RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE TEXTOS DE CADA UNA DE LAS VARIABLES AGRUPADORAS

	275
6.1. ANÁLISIS DE TEXTOS	277
6.1.1. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y cada una de las categorías asignadas a los textos.	278
6.1.1.1. Pentada Dramatúrgica	278
6.1.1.2. Resultados Centro – Reflexiones	293
6.1.2. Relación entre la variable agrupadora Curso de la Diplomatura de Enfermería y cada una de las categorías asignadas a los textos	295
6.1.2.1. Pentada Dramatúrgica	295
6.1.2.2. Resultados Curso – Reflexiones	313
6.1.3. Relación entre la variable agrupadora Género y cada una de las categorías asignadas a los textos.	314

6.1.3.1. Pentada Dramatúrgica	315
6.1.4. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y cada una de las categorías asignadas a los textos	328
6.1.4.1. Pentada Dramatúrgica	328
6.2. CONCLUSIONES	345

CAPÍTULO 7: RESULTADOS DEL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIBUJOS DE LA ENFERMERA Y LOS TEXTOS

	351
7.1. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE TIPOS DE DIBUJO Y TEXTOS	353
7.1.1. Relación entre Tipos de dibujos y cada una de las categorías asignadas a los textos.	354
7.1.1.1 Pentada Dramatúrgica	354
7.2. CONCLUSIONES	367

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ANEXO I	CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN	431
ANEXO II	CUESTIONARIO SOBRE IDENTIDAD PERCIBIDA	435
ANEXO III	DIBUJO DE UNA ENFERMERA/ENFERMERO E HISTORIA	436

Índice de Tablas, Figuras y Gráficos

C A P Í T U L O 2

Figura 1	Esquema adaptado de la interpretación de Araya sobre la interacción del sujeto con el objeto y con el Alter propuesto por Moscovici	77
Figura 2	Caridad romana, de Baburen (York City Art Gallery). Adaptación a partir de (Sánchez, 2005)	83
Figura 3	Cuatro formas de representar a la enfermera los participantes en nuestro estudio	90

C A P Í T U L O 3

Figura 4	Representación de la Pentada Dramatúrgica	125
Tabla 1	Carga Lectiva Global Plan de Estudios E.U.E. La Paz	135
Tabla 2	Primer Curso E.U.E. La Paz	135
Tabla 3	Segundo Curso E.U.E. La Paz	136
Tabla 4	Tercer Curso E.U.E. La Paz	136
Tabla 5	Asignaturas Optativas y de Libre Elección Plan de Estudios E.U.E. La Paz	137
Tabla 6	Asignaturas Optativas Plan de Estudios E.U.E. Fundación Jiménez Díaz	137
Tabla 7	Distribución de los estudiantes por Escuelas Universitarias y cursos académicos	138

Tabla 8	Distribución de los profesionales según tipo de trabajo	139
Figura 5	Espacio de trabajo en QDA Miner	143
Tabla 9	Categorías del dibujo. Fuente elaboración propia	145
Tabla 10	Recoge las variables agrupadoras y sus respectivos códigos	147
Tabla 11	Categoría Atributos	149
Tabla 12	Categoría Género	150
Tabla 13	Categoría Atuendo	150
Tabla 14	Categoría Creencias	151
Tabla 15	Categoría Disposición/Vocación	151
Tabla 16	Categoría Relación con el médico	152
Tabla 17	Categoría Identificación con la profesión	153
Tabla 18	Categoría Sentimientos de la enfermera	154
Tabla 19	Categoría Cuidar	155
Tabla 20	Categoría Ejercicio profesional	156
Tabla 21	Categoría Instrumento Técnicas	157
Tabla 22	Categoría Relacionado con la profesión	158
Tabla 23	Categoría Metas	159
Tabla 24	Categoría Escenario	160
Tabla 25	Categoría Reflexiones	161
Tabla 26	Categoría Tarea	162

C A P Í T U L O 4

Tabla 27	Evolución en la concepción de Género en los tres cursos de La Paz	171
Tabla 28	Evolución en la concepción de Edad en los tres cursos	172
Tabla 29	Evolución en la configuración de Cabeza en los tres cursos de La Paz	172
Tabla 30	Evolución en la configuración de Cara en los tres cursos de La Paz	173
Tabla 31	Evolución en la Expresión facial en los tres cursos de La Paz	174
Tabla 32	Evolución en la Expresión corporal en los tres cursos de La Paz	174
Tabla 33	Evolución del Atuendo en los tres cursos de La Paz	175
Tabla 34	Evolución de los Símbolos en los tres cursos de La Paz	176
Figura 6	Dibujos correspondientes a estudiantes de primero de La Paz	179
Figura 7	Dibujos correspondientes a estudiantes de segundo de La Paz	181
Figura 8	Dibujos correspondientes a estudiantes de tercero de La Paz	182
Tabla 35	Evolución en la concepción de Género en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz	188
Tabla 36	Evolución en la concepción de Edad en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz	189
Tabla 37	Evolución en la configuración de Cabeza en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz	189
Tabla 38	Evolución en la configuración de Cara en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz	190
Tabla 39	Evolución en la Expresión facial en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz	191

Tabla 40	Evolución en la Expresión corporal en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz	191
Tabla 41	Evolución del Atuendo en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz	192
Tabla 42	Evolución de los Símbolos en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz	193
Figura 9	Dibujos correspondientes a estudiantes de primero de la Fundación Jiménez Díaz	196
Figura 10	Dibujos correspondientes a estudiantes de segundo de la Fundación Jiménez Díaz.	197
Figura 11	Dibujos correspondientes a estudiantes de tercero de la Fundación Jiménez Díaz	199
Gráfico 1	Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de las enfermeras de hospitalización.	203
Figura 12	Dibujos correspondientes a enfermeras de hospitalización	204
Gráfico 2	Distribución en porcentajes de la categoría Cara de las enfermeras de atención primaria	207
Figura 13	Dibujos correspondientes a enfermeras de atención primaria	208
Gráfico 3.	Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de los médicos	211
Figura 14	Dibujos realizados por los médicos de nuestro estudio	212
Gráfico 4	Distribución en porcentajes de la categoría símbolos de los odontólogos	214
Figura 15	Dibujos realizados por los odontólogos de nuestro estudio	216

C A P Í T U L O 5

Tabla 43	Evolución del Género a lo largo del curriculum en las dos escuelas	230
Tabla 44	Evolución de la Edad a lo largo del curriculum en las dos escuelas	231
Tabla 45	volución en la configuración de Cabeza a lo largo del curriculum en las dos escuelas	231
Tabla 46	Evolución en la configuración de Cara a lo largo del curriculum en las dos escuelas	232
Tabla 47	Evolución en la Expresión facial a lo largo del curriculum en las dos escuelas	233
Tabla 48	Evolución en la Expresión corporal a lo largo del curriculum en las dos escuelas	234
Tabla 49	Evolución del Atuendo a lo largo del curriculum en las dos escuelas	235
Tabla 50	Evolución de los Símbolos a lo largo del curriculum en las dos escuelas	236
Gráfico 5	Distribución en porcentajes de la categoría Género de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras.	237
Gráfico 6	Distribución en porcentajes de la categoría Edad de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras	238
Gráfico 7	Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras	238
Gráfico 8	Distribución en porcentajes de la categoría Cara de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras	239
Gráfico 9	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras	240

Gráfico 10	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras	240
Gráfico 11	Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras	241
Gráfico 12	Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras	242
Gráfico 13	Distribución en porcentajes de la categoría Género de todos los estudiantes de enfermería y los médicos	243
Gráfico 14	Distribución en porcentajes de la categoría Edad de todos los estudiantes de enfermería y los médicos	243
Gráfico 15	Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de todos los estudiantes de enfermería y los médicos	244
Gráfico 16	Distribución en porcentajes de la categoría Cara de todos los estudiantes de enfermería y los médicos	244
Gráfico 17	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de todos los estudiantes de enfermería y los médicos	245
Gráfico 18	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de todos los estudiantes de enfermería y los médicos	245
Gráfico 19	Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de todos los estudiantes de enfermería y los médicos	246
Gráfico 20	Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de todos los estudiantes de enfermería y los médicos	247
Gráfico 21	Distribución en porcentajes de la categoría Género de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos	248
Gráfico 22	Distribución en porcentajes de la categoría Edad de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos	248

Gráfico 23	Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos	249
Gráfico 24	Distribución en porcentajes de la categoría Cara de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos	250
Gráfico 25	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos	250
Gráfico 26	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos	251
Gráfico 27	Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos.	251
Gráfico 28	Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos	252
Gráfico 29	Distribución en porcentajes de la categoría Género de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria	253
Gráfico 30	Distribución en porcentajes de la categoría Edad de enfermeras de hospital y de enfermeras de atención primaria	253
Gráfico 31	Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria	254
Gráfico 32	Distribución en porcentajes de la categoría Cara de enfermeras de hospital y de enfermeras de atención primaria	254
Gráfico 33	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de enfermeras de hospital y de enfermeras de atención primaria	255
Gráfico 34	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria	255
Gráfico 35	Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria	256

Gráfico 36	Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria	256
Gráfico 37	Distribución en porcentajes de la categoría Género de médicos y de todas las enfermeras	257
Gráfico 38	Distribución en porcentajes de la categoría Edad de médicos y de todas las enfermeras	258
Gráfico 39	Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de médicos y de todas las enfermeras	258
Gráfico 40	Distribución en porcentajes de la categoría Cara de médicos y de todas las enfermeras	259
Gráfico 41	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de médicos y de todas las enfermeras	259
Gráfico 42	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de médicos y de todas las enfermeras	260
Gráfico 43	Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de médicos y de todas las enfermeras	260
Gráfico 44	Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de médicos y de todas las enfermeras	261
Gráfico 45	Distribución en porcentajes de la categoría Género de odontólogos y de todas las enfermeras	262
Gráfico 46	Distribución en porcentajes de la categoría Edad de odontólogos y de todas las enfermeras	262
Gráfico 47	Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de odontólogos y de todas las enfermeras	263
Gráfico 48	Distribución en porcentajes de la categoría Cara de odontólogos y de todas las enfermeras	263

Gráfico 49	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de odontólogos y de todas las enfermeras	264
Gráfico 50	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de odontólogos y de todas las enfermeras	264
Gráfico 51	Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de odontólogos y de todas las enfermeras	265
Gráfico 52	Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de odontólogos y de todas las enfermeras	265
Gráfico 53	Distribución en porcentajes de la categoría Género de médicos y de odontólogos	266
Gráfico 54	Distribución en porcentajes de la categoría Edad de médicos y de odontólogos	267
Gráfico 55	Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de médicos y de odontólogos	267
Gráfico 56	Distribución en porcentajes de la categoría Cara de médicos y de odontólogos	268
Gráfico 57	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de médicos y de odontólogos	268
Gráfico 58	Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de médicos y de odontólogos	269
Gráfico 59	Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de médicos y de odontólogos	269
Gráfico 60	Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de médicos y de odontólogos	270

C A P Í T U L O 6

Grafico 61	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Atributos	279
Grafico 62	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Atuendo	280
Grafico 63	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Creencias	281
Grafico 64	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Disposición /Vocación	282
Grafico 65	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Sentimientos de la Enfermera	283
Grafico 66	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Género	283
Grafico 67	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Identificación con la profesión.	284
Grafico 68	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Relacionado con el Médico	285
Grafico 69	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Cuidar	286
Grafico 70	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Ejercicio profesional	287
Grafico 71	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Instrumento.	288
Grafico 72	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Relacionado con la profesión	290

Grafico 73	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Metas.	291
Grafico 74	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Escenario	293
Grafico 75	Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Reflexiones	294
Grafico 76	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Atributos	296
Grafico 77	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Atuendo	297
Grafico 78	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Creencias	298
Grafico 79	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Disposición/Vocación	299
Grafico 80	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Sentimientos de la Enfermera	300
Grafico 81	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Género	301
Grafico 82	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Identificación con la profesión.	302
Grafico 83	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Relacionado con el Médico.	303
Grafico 84	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Cuidar	304
Grafico 85	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Ejercicio profesional	305
Grafico 86	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Instrumento	307
Grafico 87	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Relacionado con la profesión	308

Grafico 88	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Metas.	310
Grafico 89	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Escenario	312
Grafico 90	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Reflexiones	313
Grafico 91	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Atributos	315
Grafico 92	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Creencias	316
Grafico 93	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Disposición hacia la Enfermería	317
Grafico 94	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Sentimientos de la Enfermera	318
Grafico 95	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Género	318
Grafico 96	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Identificación con la profesión	319
Grafico 97	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Relacionado con el médico.	320
Grafico 98	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Cuidar	321
Grafico 99	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Ejercicio profesional	322
Grafico 100	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Instrumento	323
Grafico 101	Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Relacionado con la profesión	324
Grafico 102	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Metas	324

Grafico 103	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Escenario	326
Grafico 104	Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Reflexiones	327
Grafico 105	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Atributos	329
Grafico 106	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Creencias	330
Grafico 107	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Disposición/Vocación	331
Grafico 108	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Sentimientos de la Enfermera	332
Grafico 109	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Género	333
Grafico 110	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Identificación con la profesión	334
Grafico 111	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Relacionado con el Médico	335
Grafico 112	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Cuidar	336
Grafico 113	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Ejercicio profesional	337
Grafico 114	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Instrumento	339
Grafico 115	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Relacionado con la profesión	340

Grafico 116	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Metas	342
Grafico 117	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Escenario	343
Grafico 118	Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Reflexiones	344

C A P Í T U L O 7

Gráfico 119	Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con la categoría Atributos	355
Gráfico 120	Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con la categoría Creencias	356
Gráfico 121	Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionados con la categoría Disposición / Vocación.	357
Gráfico 122	Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionados con la categoría Género	358
Gráfico 123	Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionado con la categoría Identificación con la profesión	359
Gráfico 124	Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionado con la categoría Relación enfermera médico	359
Gráfico 125	Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionado con Categoría cuidar	360
Gráfico 126	Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con Categoría ejercicio profesional	361
Gráfico 127	Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con categoría Instrumento-Técnicas	363
Gráfico 128	Tipo de dibujo, A, B, C, D, relacionado con la categoría Relacionado con la profesión	364
Gráfico 129	Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con la Categoría Metas	365

Gráfico 130	Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con la Categoría Escenario	366
-------------	---	-----

C O N C L U S I O N E S

Figura 16	Esquema adaptado de la interpretación de Araya de la propuesta de Moscovici que representa los conflictos entre enfermeras, matronas, practicantes y la medicina.	381
-----------	---	-----

CAPÍTULO 1

LA ENFERMERA EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO

1.1.INTRODUCCIÓN:MARCO TEÓRICO	4
1.1.1. Justificación del objetivo general: escenario psicosocial institucional actual para la construcción de la identidad profesional enfermera y de su representación social	7
1.2.CONCILIACIÓN PROFESIONAL Y <i>BURNOUT</i>	8
1.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA IDENTIDAD	12
1.3.1. Elementos para una teoría de la acción	12
1.3.2. La identidad in the making	15
1.4. LA CONFIGURACIÓN IDENTITARIA DE LA ENFERMERÍA	22
1.5. IDENTIDAD ENFERMERA	23
1.5.1. Identidad profesional en proceso de construcción	24
1.5.2. Una identidad problemática en continuo cambio	33
1.5.3. Una historia apresurada de la identidad enfermera española	44
1.5.4. La formación académica de las enfermeras españolas	52
1.6. CONCLUSIONES	55

CAPÍTULO 1

LA ENFERMERA EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO

En la primera parte de esta tesis doctoral (capítulo 1) presentamos tanto los fundamentos teórico-metodológicos como el marco conceptual que sustentan el trabajo de investigación que hemos llevado a cabo. En las páginas que siguen iremos mostrando el terreno en el que nos movemos situado en estructuras anómalas con áreas por explorar, sometidas a cambios dentro del ámbito de las ciencias de la salud, psicosociales o, en términos brunerianos, de las “ciencias de la acción humana” (Wertsch, del Río y Álvarez, 1997)

En este sentido, el trabajo que aquí presentamos se identifica con una perspectiva de la enfermería que fija su atención en las acciones humanas insertas dentro de prácticas psicosociales en el ámbito de la salud y temporalmente situadas, una tradición que se acerca al estudio de los procesos *psicosociológicos* mediados *cronotópicamente*, es decir, en el seno de la cultura y en momentos históricos expresos.

El objetivo principal de este primer capítulo es mostrar y justificar los objetivos de esta tesis doctoral y el proyecto general en el que cobra sentido. Presentaremos, además, una revisión pródiga de la literatura disponible sobre los espacios formativos y profesionales del ejercicio de la enfermería, así como del marco teórico desde el que enfocamos nuestro planteamiento sobre la identidad enfermera.

Continuaremos desplegando nuestro argumento sobre la concepción que de la identidad sostenemos e intentaremos exponer los distintos problemas que existen para la génesis de una identidad enfermera en nuestro país.

Comenzaremos el presente capítulo con un primer apartado (1.1.) que trata de dar importancia algunas de las características que nos parecen más relevantes del contexto en el

que cobra sentido la tarea de llevar a cabo una investigación orientada al estudio de la construcción de identidades y representaciones de la enfermera en el ejercicio del cuidado mediadas por la cultura y los procesos de alteridad en el ámbito de las ciencias de la salud donde cobra sentido esta tesis. Dado que nuestra formación de partida procede del campo de la Enfermería y la Psicología, continuaremos el capítulo con un segundo apartado (1.2), cuyo objetivo será mostrar algunos de los antecedentes que consideramos más relevantes de la investigación realizada desde el espacio de intersección entre la psicología y la enfermería, como son, entre otros: la mira que desde distintos ángulos han realizado los investigadores centrándose en el *burnout*, el estrés, la ansiedad y la satisfacción laboral de las enfermeras. En el tercer apartado (1.3) haremos un acercamiento a la conceptualización de la identidad y nos ocuparemos del sentido en el que, a lo largo de esta tesis, hemos trabajado con los conceptos “identidad”, seguido de los elementos de una teoría de la acción (1.3.1.) continuando con una identidad en construcción (1.3.2.). En el cuarto apartado nos aproximaremos a la concepción identitaria de la enfermería desde la situación actual como disciplina y profesión (1.4.) y en el quinto mostraremos algunos elementos de la identidad enfermera (1.5.), continuando con la exposición del proceso de una identidad profesional que se está construyendo (1.5.1), seguiremos mostrando los elementos de una identidad problemática en continuo cambio (1.5.2.), haremos un repaso apresurado sobre la historia de la enfermería española (1.5.3.) y para finalizar vamos a presentar la formación académica de las enfermeras españolas (1.5.4.).

1.1.INTRODUCCIÓN:MARCO TEÓRICO

Antes de mostrar los ejes teóricos de esta investigación consideramos necesario visibilizar los motivos que nos han llevado a desarrollarlo. En primer lugar, debemos mencionar el convencimiento de que, a pesar de los logros conseguidos por la enfermería en las últimas décadas (la integración de los estudios de la Diplomatura en a la Universidad y más recientemente la implantación de los estudios de Grado en Enfermería), la identidad profesional de la enfermera continua siendo invisible.

En concreto, esta investigación responde a la convicción de que las condiciones que delimitan la construcción de la identidad enfermera, como disciplina y como profesión, acaban proyectándose en dos direcciones diferentes. Por una parte, en lo que tiene relación con su dimensión pública, es decir, la imagen colectiva de la enfermera, y, por otra, en lo que se refiere a la función de la enfermería como disciplina científica, arrojando un saldo notable de sentimientos y opiniones encontrados. De este modo, la enfermera es vista como un recurso

ilimitado, como el “lazo último de salvación”, entre el paciente y el mundo, como el baluarte profesional de algunas de las actitudes y valores nucleares de nuestra cultura (generosidad, apoyo incondicional, compasión hacia el dolor y al sufrimiento, etc.). Sin embargo, y al mismo tiempo, es contemplada como una disciplina auxiliar de la medicina, que se desarrolla bajo los criterios y fines de esta disciplina, quedando así condicionadas sus funciones propias y ensombrecida, o distorsionada, su identidad.

En segundo lugar, tanto en lo que tiene que ver con la proyección de su imagen pública como en lo relacionado con las representaciones que ha venido construyendo sobre sí misma, la enfermería se nos exhibe como una disciplina con una identidad crítica, cambiante, solucionando problemas continuamente y adaptándolos a sus funciones. Desde nuestro punto de vista, resulta crucial llevar a cabo un análisis pormenorizado sobre el proceso a través del cual cada enfermera, potencialmente, se somete a la táctica de socialización que se ha pensado para ella. Si conocemos con exactitud el origen de este proceso llegaremos a entender, a continuación, la forma específica con que se manifiestan dentro de este colectivo los problemas de acomodo a sus funciones y, en su caso, plantear condiciones factibles para afrontarlos.

De manera que las ideas sobre la identidad aquí desarrolladas son el fondo teórico detrás del cual se sitúa un programa de investigación sobre la identidad que ha elaborado una cantidad muy significativa de datos sobre temas diversos, entre los que destacamos la identidad personal (Mateos y Blanco, 1996), el papel de las narraciones históricas en la constitución o legitimación de la identidad nacional (Rosa, Blanco, Travieso, Mateos y Díaz, 1996; Rosa, Travieso, Blanco y Huertas, 1999; Castro y Blanco, 2006; Rosa, 2006), la mediación cultural sobre la acción humana y la importancia de su dimensión histórica (Rasskin, 2012), la relación entre identidad e ideología (Rosa, Blanco, Travieso y Huertas, 2000), la relación entre la identidad nacional y europea en los españoles (Blanco, Rosa, Díaz y De Castro, 1998), la identidad profesional de los psicólogos (Rosa, Blanco y Huertas, 1991; Rosa, Blanco y Huertas, 1998; Blanco y Castro, 2000; Fernández, Rosa y Ondé, 2000; Castro, Jiménez, Morgade y Blanco, 2001), el papel de los intelectuales en las dinámicas de la identidad nacional (Pizarroso y Blanco, 1998; Castro y Blanco, 1998; Blanco y Castro, 2001; Castro, 2004; Rosa, Castro y Blanco, 2006), la identificación de narraciones ficticias (Sánchez y Blanco, 1996; Sánchez y Blanco, 1998; Rasskin y Blanco, 2002). Respecto a los trabajos que desde este interés general por la cuestión de la identidad hemos desarrollado en el ámbito de la salud, y más concretamente, en el ámbito del cuidado profesional, nuestra agenda se extiende desde, por

ejemplo, el análisis de la relación entre identidad e iconografía (Sellán, Vázquez y Blanco, 2010) o el estudio de las representaciones sociales de la identidad enfermera a través de dibujos (Hernando, Díaz y Blanco, 2011; Hernando et al., 2011), hasta el análisis del conflicto identitario en unidades de cuidados intensivos neonatales (Blanco, et al., 2010; Sellán y Blanco, 2011; Sellán et al., 2011) o las imágenes de la enfermería (Salinas, 2005; Blanca, Luque y Aranda, 2008; Muñoz, Moreno, Rodríguez y Hernández, 2008; Heierle, 2009); las relaciones entre historia e identidad enfermera (Sellán 2006; Sellán y Blanco, 2005; Sellán y Vázquez, 2011; Vázquez, 2008; Vázquez, Blanco y Sellán, 2011; Vázquez et al., 2011; Sellán, Vázquez, Blanco y Hernando, en prensa) o la construcción de la identidad social y profesional de la enfermería (Pimentel, Pereira y Pereira de la Mata, 2011).

En nuestra opinión, todo investigador responde a su propia agenda de valores y, de forma inevitable, dichas agendas marcan la actividad investigadora. Ello se refleja tanto en la elección de los objetivos de investigación como en la forma de llevarla a cabo. A lo largo de esta tesis, junto con la tarea de hacer explícitas nuestras alianzas teóricas y objetivos, la propia agenda de valores irá haciéndose visible.

El objetivo concreto de este proyecto de investigación está delimitado al **estudio de los procesos de identificación y configuración de la representación social de la/as enfermera/as centrada, especialmente, en componentes de construcción de su identidad disciplinar y profesional** dentro de instituciones académicas y asistenciales específicas. No se trataría, por tanto, de obviar el sentido general de los estudios que buscan las causas de la satisfacción laboral en variables personales, sino más bien de intentar entender de manera más sutil y compleja hasta qué punto esas formas de causación dependen del proceso más general de socialización de las enfermeras y de los valores a los que este proceso responde. En realidad, este proyecto se plantea constatar en qué medida **el desarrollo de una identidad enfermera anómala o problemática puede ser entendido como la consecuencia de un proceso de socialización anómalo**.

Nuestro proyecto pretende detectar a través de dibujos y relatos las contradicciones y problemas que están inmersas en el seno de estas estructuras anómalas. Intentaremos mostrar algunas reflexiones, a este respecto, desde la visión que nos otorga el tener una larga experiencia en los cuidados asistenciales, planificación, gestión de cuidados y formación pregrado y postgrado de enfermeras, que nos ha llevado a reflexionar sobre el constructo de la identidad enfermera y su forma de interactuar con los demás, proyectando un soporte en valores, creencias y principios, que la convierten en una profesión autónoma. Para ello, primero analizaremos cómo se ha ido enlazando y definiendo este proceso de construcción de

la identidad enfermera, a través del devenir histórico de la enfermería en general, y de la historia de la enfermería española, en particular. El espíritu que guía esta tesis, pretende dar continuidad a una línea de investigación que ha dado ya lugar a dos tesis doctorales. La tesis doctoral de la profesora Sellán (2007) trata de aportar a los modelos psicológicos o psicosociales, un análisis del modo en que se configura la identidad enfermera española a partir del análisis de los conflictos profesionales a través de los que ésta se ha ido expresando. Por su parte, la tesis doctoral de A. Vázquez, nos muestra el papel de las representaciones históricas de la disciplina en la configuración de identidades enfermeras y el modo en que estas representaciones históricas incorporan y expresan los valores de las instituciones en las que las enfermeras se forman.

Por nuestra parte, retomaremos estos argumentos para hacer un recorrido histórico hasta la actualidad, mostrando algunos cambios importantes ocurridos en el seno de la disciplina. Por este motivo, comenzaremos estableciendo determinados antecedentes que nos permitirán exponer las causas de las alteraciones psicológicas que las enfermeras desarrollan dentro de su actuación profesional, como consecuencia de una historia identitaria extraordinariamente problemática. Aceptamos que, generalmente, los problemas psicológicos solamente pueden ser comprendidos íntegramente, cuando son relacionados con los contenidos o situaciones concretas, que los definen, es decir, como problemas concretos de influencia, a pesar de que puedan existir precisiones y formas de constitución generales.

1.1.1. Justificación del objetivo general: escenario psicosocial institucional actual para la construcción de la identidad profesional enfermera y de su representación social

Responder a la pregunta cómo es la institución en la que trabajamos y cómo ésta condiciona nuestra práctica profesional, nos puede ayudar a configurar una identidad profesional determinada, y puede transformarse en un reto por desvelar, en el sentido de quitar algunos velos, de todo aquello que en las instituciones hospitalarias sucede. Podríamos decir que quizás este sea uno de los motivos por el cual la investigación en este ámbito es escasa.

Nos decidimos entonces a asumir el riesgo, a penetrar en ese mundo escasamente analizado desde el punto de vista científico, pero extremadamente conocido en la vida cotidiana, a documentar lo no documentado y comenzar a objetivar aquellas situaciones que

no están estudiadas, que vivimos, que forman parte de la vida cotidiana y que ayudan a construir la identidad profesional de las enfermeras que se desarrolla en su seno.

Los propósitos básicos de la investigación están dirigidos a describir y comprender a las enfermeras, analizar cómo está constituida su identidad profesional construida en las condiciones organizativas de la institución donde desarrolla su trabajo y en el conjunto de las prácticas profesionales que realiza, para entender cuáles son los condicionantes y las disposiciones que ayudan a determinar su quehacer profesional. Desde la idea de una práctica profesional históricamente configurada, de tal forma, que sus miembros procuran las soluciones que su propia historia y su saber acumulado les otorga, a la hora de abordar dificultades y conflictos a los que se enfrentan en cada caso.

A su vez, intentamos desvelar cómo se constituye la identidad de la enfermera alrededor de los significados que ella tiene respecto a la realidad que viven, es decir, en un hacer y en un pensar cotidiano dentro de la institución donde se desarrolla. Además, queremos saber cuál es la influencia de la institución en la constitución de la representación de la enfermera, qué cuestiones de esa historia han dejado sus huellas visibles en las enfermeras.

Para llevar a cabo la investigación se realizó un estudio sobre la identidad y representación de la enfermera. Con este fin, se eligió dar voz a los sujetos y conocer cómo se ha construido la identidad profesional de las enfermeras a partir de las narraciones que ellas realizan, *“la identidad se constituye por el sujeto al que el relato asigna una identidad narrativa”* Ricoeur (1987), de los dibujos en los cuales aparece plasmada la figura de la enfermera, es decir, reflejado un esbozo de su representación mental y del análisis, a través de la pentada burkeana, de las configuraciones expresadas por las propias enfermeras. De este modo, las cuestiones que iremos nombrando en los apartados que siguen no son, de ninguna manera, arbitrarias sino que han de ser entendidas como guías que ayudan a desvelar las contradicciones y problemas que están inmersos en el seno de estructuras anómalas donde las enfermeras construyen su identidad. Por este motivo, a continuación trataremos de acercar al lector a esos espacios percibidos por las enfermeras como amenazantes.

1.2.CONCILIACIÓN PROFESIONAL Y BURNOUT

Para abordar convenientemente esta cuestión, la investigación que hemos llevado a cabo se sitúa en el marco interdisciplinar de las Ciencias de la Salud, y más exactamente, en el ámbito de la gestión y formación de profesionales en la Disciplina de Enfermería. Dentro de este espacio, se percibe en los docentes una gran preocupación por acordar cómo formar a los

estudiantes para que logren ser profesionales competentes de acuerdo a las condiciones específicas en las que tengan que desempeñar su actividad profesional. Como venimos comentando esas condiciones se dan en zonas fronterizas generadoras de conflictos que propician la aparición de alteraciones psicológicas que, la mayoría, de las enfermeras aprenden a convivir o solucionar esas dificultades.

De manera que, debemos señalar que en su ejercicio profesional las enfermeras comparten el espacio escénico con otras profesiones sanitarias. Esto significa, que la enfermera va a ejercer su actividad profesional, principalmente, y en virtud de la organización del sistema de salud en nuestro país, dentro de instituciones sanitarias en colaboración con otros profesionales de la salud que condicionan o dificultan su labor asistencial y, en ocasiones, limitan su autonomía profesional. Como ya hemos comentado, estos factores (estructura y organización asistencial, en unión con los distintos grupos profesionales), propician la aparición de conflictos percibidos por las enfermeras como amenazantes que han incrementado los síntomas de malestar psicológico y han contribuido en la aparición de problemas como el *burnout*, llegando a ser una de las profesiones con mayor prevalencia en este tipo de problemas psicológicos (Gil-Monte y Schaufeli, 1991; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Gil-Monte y Peiró, 1997; López-Castillo, Gurpegui, Ayuso-Mateos, Luna, Catalan, 1999; Moreno, González, Garrosa, y Peñacoba, 2002; Moreno, Garrosa, Benavides y Gálvez, 2003; Alarcón, *et. al.*, 2004; Albaladejo, Villanueva, Ortega y Astasio, 2004; Capón Vizcaíno, *et. al.*, 2004; Ibáñez, Vilaregut y Abio, 2004; Soto y Santamaría, 2005; Gutiérrez, Moreno, Garrosa y López, 2005; Pedreño, 2005; Chacón, *et. al.*, 2006; Bernaldo y Labrador-Encinas, 2007; Leiter, Gascón y Martínez-Jarreta, 2007; Fornés, Martínez-Abascal y García de la Banda, 2008; Santana, *et. al.*, 2009; Tomás, *et. al.*, 2010; Faller, Gates, Georges y Connelly 2011; Gómez, Puga, Mayan y Gandoy, 2012; Ríos, *et. al.*, 2012; Fernández, *et. al.*, 2012).

Por esta razón, en la investigación realizada desde el espacio de intersección entre la psicología y la enfermería, el punto de mira de los investigadores se ha centrado principalmente en el *burnout*, el estrés, la ansiedad y la satisfacción laboral de las enfermeras. Esta línea de investigación acepta que la cota de satisfacción laboral está vinculada de forma casual o funcionalmente con variables psicológicas o personales. Podemos citar entre otros, los estudios sobre la personalidad (Reig y Caruana, 1989; Olmedo, 1997; Manzano y Ramos, 2000), estilos atributivos (Parkes, 1984), las distorsiones cognitivas, habilidades de afrontamiento del estrés (Caruana, 1989; Ramos, 1999; Olmedo, 1997b; Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2004), estudio del *burnout* en profesionales de enfermería (Farrerons, y Calvo, 2008) y

el clima de equipo como antecedente del *burnout* y de las manifestaciones psicósomáticas (Boada, y Llanos, 2009).

Además, podemos añadir, la existencia de líneas de investigación muy sensibles a las condiciones sociolaborales en las que se desarrolla el ejercicio de la enfermería, como el ambiente laboral (Cuevas, O’Ferrall y Crespo, 1998, Bernaldo y Labrador, 2006), el bienestar psicológico (Escribá, Más, Cárdenas, Burguete y Fernández, 2000; López, 2009), la satisfacción laboral (De la Fuente y Trujillo, 1997; García, Sáez y Llor, 2000; Zurriaga, Ramos, González-Romá, Espejo y Zornoza, 2000; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001), la relación entre la satisfacción laboral y la salud general percibida (Rios-Risquez y Godoy-Fernández, 2008), la falta de reciprocidad (Gil-Monte, 2001) o el apoyo social (Albar y García, 2005), la ambigüedad del rol (Moreno- Jiménez y Peñacoba, 1996), el grado de autonomía de la enfermera en la organización (González-Romá, et. al., 1998).

El estrés crónico laboral de las enfermeras se ha analizado por medio del instrumento de evaluación de Maslach y Jackson (1981), (*Maslach Burnout Inventory*) MBI, aunque, como apunta Ortega y López (2004) en su revisión de los estudios sobre *burnout* y satisfacción laboral en enfermería, se percibe una cierta dispersión metodológica y teórica en esta área. Habitualmente el *burnout* se entiende, según lo apuntado por Maslach y Jackson (*loc. cit.*), formado por tres elementos o dimensiones: debilidad emocional, despersonalización y dificultades de realización personal. De cualquier forma, entendemos que, a la hora de estudiar este tipo de dimensiones, la mirada debe estar dirigida, no sólo, al análisis del contenido, sino también, como sugiere Sellán (2007), se debe ampliar el análisis de los antecedentes situacionales que dieron lugar a su desarrollo y manifestación. De esta manera, nos interesa observar aquello que se enfatiza o, por el contrario, aquello que se atenúa u oblitera en el curso de todo este proceso en el que intervienen un sinfín de variables y, a la sombra de éstas, se han presentado modelos teóricos con muy poca sustentación empírica. No obstante, y a pesar del carácter en ocasiones contradictorio de los resultados en relación con las variables que modulan la experiencia de *burnout*, existe un cierto consenso respecto a la idea de que el MBI, y sus diversas adaptaciones (ver, por ejemplo, Gil-Monte y Peiró, 1998; Gil-Monte y Peiró, 2000; Moreno, Rodríguez y Escobar, 2001; Moreno y Oliver, 1993; Moreno, Oliver y Aragonese, 1991) dan una cobertura para la evaluación de este síndrome.

A su vez, en España, se han desarrollado determinados instrumentos para analizar la satisfacción laboral en el ámbito de la Enfermería, entre los que cabe destacar la Escala sobre los Efectos Psíquicos del *Burnout* (EPB) (García, 1995), o, el Cuestionario de Desgaste Profesional en Enfermería (CDPE) (Moreno, Garrosa y González, 2000), entre otros.

Como se puede intuir, la revisión de estos trabajos nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de analizar algunas de las asunciones comunes a la mayor parte de ellos, sobre todo de aquellos realizados desde un enfoque psicométrico. Un ejemplo sería la disociación metodológica que probablemente se produce entre el problema general de la satisfacción laboral y el síndrome de *burnout*, sin olvidar el espacio que queda entre ambas situaciones. De esta manera, creemos que existe una gran distancia ontológica entre los resultados de un autoinforme y la compleja dinámica socio-cultural en la que se realiza día a día la actividad profesional de las enfermeras, sin olvidar que es necesario trazar estrategias de evaluación más sensibles a la densidad y complejidad de estas situaciones. En este sentido, la mayor parte de los trabajos se centran en la dinámica del problema cuando este aflora, es decir, cuando ya está constituido, sin tener en cuenta el proceso por el cual se llega a constituir.

También, en este tipo de estudios se suele entender que las variables de signo organizacional o socio-laboral desempeñan, en algunos casos, una función moduladora de las relaciones principales, entre las variables personales y la valoración de la satisfacción profesional. De tal manera, que en la mayoría de las investigaciones que hemos señalado, no aparecen atisbos de sensibilidad hacia la idea de que estas relaciones se manifiestan con el tiempo, de modo, por decir de alguna forma, genético. Esta aseveración, que desde nuestro punto de vista nos parece acertada para comprender cualquier proceso de construcción o legitimación de la identidad profesional, nos parece oportuna para comprender las singularidades del proceso de construcción de la identidad enfermera.

El análisis de los antecedentes que acabamos de exponer sobre el *burnout*, la ansiedad, la satisfacción laboral y sobre las condiciones sociolaborales en las que se desarrolla la actividad de la enfermería, nos va a permitir, en algún sentido, visualizar la influencia que dichos factores proyectan sobre la construcción de la identidad y representación enfermera, entendida en el sentido de que todas las acciones encaminadas a construir la identidad, realizadas en zonas fronterizas de roces laborales, originan identidades anómalas, favorables para el desarrollo de alteraciones psicosociales. Como desarrollaremos en los apartados que siguen la conceptualización de la identidad ha sido posible objetivarla gracias a las aportaciones, entre otras, de la teoría de la acción.

1.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA IDENTIDAD

En este apartado vamos a tratar de dar unas pinceladas sobre los procesos de la identidad y la alteridad; construcciones intelectuales o constructos conceptuales necesarios para explicar los fenómenos que las personas experimentan en sus relaciones consigo mismo y con el entorno; sabiendo que toda identidad va cambiando y supone alteridad. En este sentido, partiremos de la teoría de la acción que supone que el mundo que nos rodea es construido por nosotros.

1.3.1. Elementos para una teoría de la acción

Para dar cuenta de la situación que en la actualidad tiene la enfermería y, de los procesos de identificación que desarrolla, es necesario conocer la cultura organizacional, que como hemos visto en apartados precedentes propicia o favorece el desarrollo de alteraciones psicológicas. Con este fin, vamos a partir de una noción de identidad que pretende superar el sustancialismo, el naturalismo extremo y el individualismo radical, articulando la identidad con otros procesos más abiertos, como los culturales o los biológicos. De manera que nos vamos a situar en una teoría de la acción que admite que las personas construimos el conocimiento sobre el universo en el que vivimos, o expresado de otra forma, que no existe un espacio fuera de nosotros cuyas propiedades sean independientes de nuestro modo de construirlo. Por nuestra parte aceptamos la construcción que hagamos de ese universo va a depender, no solo de las características del mundo con las que repicamos, sino también, de nuestra biológica-funcional (que permite que algunas características de ese mundo sobresalgan por encima de otras), y de la manera con que organizamos la vida con los demás. También debemos construir la percepción de la existencia de un universo objetivo y firme (Maturana y Varela, 2003; Sánchez-Criado y Blanco, 2005).

Desde el punto de vista propuesto por Bruner (1990) es la cultura, y no la biología, la que moldea la vida y la mente humana, la que otorga significado a la acción ubicando sus estados intencionales subyacentes en un sistema explicativo. Desde el cual la construcción del mundo implica comprender y explicar. Explicar en el sentido de contar un contenido concreto utilizando las formas de explicación lógica y narrativa que dan forma al contenido. Von Wright opina que esa actitud explicativa proviene siempre por subsunción teórica, es decir, resulta de considerar el hecho presente como parte de una clase de hechos generales (Von Wright, 1974;

Blanco, 2002). Si explicar es lo anterior, su ideal es un procedimiento matemático. Sin embargo, el relato es la forma ideal de expresión para comprender las acciones humanas. La acción y narración con sus rasgos comunes de estructura temporal y significado atemporal, encarnan y revelan de forma concreta la forma de ser distintivamente humana, una "concordia discordia" entre continuidad y discontinuidad, perseverancia y cambio, actuación y sufrimiento, que definen esencialmente toda narración y toda vida humana (Paolicchi, 2002). Los relatos facilitan la recogida dinámica del fondo vital donde las acciones cobran sentido y, por su parte, las acciones son unidades de sentido complejas, orientadas por valores, fines o metas, y movidas por motivos (Boesch, 1991). Utilizando el relato y, a través de él, tratamos de relacionar los fines con los motivos que permiten dar información de nuestras acciones, en tanto, que acciones efectuadas y, casualmente, imputables a un agente reconocido. Es decir, a un agente que es igual a sí mismo en todos los contextos a través de los que el relato adquiere sentido, de este modo la identidad es la presunción que permite proteger las propiedades relevantes del actor.

A pesar de lo anterior, la narración solamente es una parte de nuestro escenario, ya que, Rosa y Blanco (2007) opinan que la identidad se desarrolla por medio de *actuaciones* concretas que van desde las simples acciones hasta los refinados argumentos declarativos o narrativos. Estas actuaciones de la identidad complican las relaciones entre el yo y el *self*, posibilitando al actor reconocerse como un ser versátil y, que permanece a lo largo del tiempo. Los actos deben ser pensados como acciones realizadas en escenarios dialógicos o dramáticos concretos, en los cuales, el actor se muestra a sí mismo y participa en la imprecisión de ser a la vez agente, actor y autor.

Desde esta visión, la identidad es el resultado de la actividad de un actor que puede considerarse a sí mismo como un objeto. La razón de la identidad pasa, de esta manera, de ser percibida como un asunto metafísico o como un asunto empírico, a transformarse en un asunto pragmático, como consecuencia de las acciones llevadas a cabo por el actor. Por consiguiente, la cuestión ahora no es entrar a interpretar cuál es la identidad real de algo (un objeto o un sujeto), sino qué procedimientos debemos realizar para crear un concepto o para reconocer un fenómeno correspondiente a un tipo de objetos, independientemente de cual sea el objeto.

De esta manera, a la identidad la vemos articulada formando parte de un proceso de construcción continua a través de actos de identificación concretos, de manera que se convierte en la bisagra de todos los procesos de objetivación y subjetivación que modulan la

compatibilidad de personas y grupos sociales. Razón por la cual, la identidad es una función y no una sustancia; la *función identidad* consiente:

- (1) salvaguardar el vínculo biográfico de la persona,
- (2) situar a la persona en el argumento de lo social (comunidad, instituciones, grupos, etc.), y
- (3) vincular de forma demostrativa el relato con la Historia.

Como Rosa y Blanco (*loc. cit.*) han puesto de manifiesto, existen varios tipos de actos de identificación cuya vocación de (1) determinarnos bien como personas o bien (2) ligarnos a grupos debe ser constituida a partir de la dramaturgia en la que cobran sentido.

Esta dimensión dramática de la acción humana, en general, y de los actos de identificación, en particular, no es una dimensión acontecida en determinadas circunstancias. Nuestros actos son siempre una maniobra, frente a los otros o frente nosotros mismos, de una innegable hipótesis entorno a lo que somos. Esta hipótesis va a variar con cada actuación, con cada circunstancia, con cada argumento de situaciones concretas. Por este motivo estamos interesados en el término *acto*. Ya que, *actuamos* frente a los demás, o frente a nosotros mismos, para mostrarles o mostrarnos lo que en una situación concreta decidimos (no siempre intencionadamente) aquello que se debe saber de nosotros. Actuar es siempre, y en este sentido, un modo de identificarnos, de mostrarnos como una conjetura ante nosotros o ante los demás. A su vez, la actuación lleva implícita una acción atractiva de ocultar y revelar. Ocultamos lo que no queremos que se vea de nosotros y revelamos lo que nos interesa que los otros perciban de nosotros. En toda actuación nos colocamos una máscara que, a la vez, desvela lo que parece factible que seamos ocultando aquello que no lo es. La máscara es el problema y, al mismo tiempo, la solución. Por ello, conocer cuándo las personas se ponen o se quitan la máscara es un desafío para las ciencias sociales y para las ciencias de la salud (Burke, 1969; Goffman, 1989).

Además, si somos capaces de reconocer que estamos ligados a través de la acción al mundo que nos rodea, y, que esa misma acción nos permite objetivar sabiamente, no sólo nos debe permitir expresar las condiciones biológicas funcionales en las que se da el choque. Es decir, una acción encauza la propia acción y media en las relaciones de los elementos que la componen, necesita de otras acciones:

“Nos debe llevar, además, a tomar en consideración que nuestras propias acciones no pueden ser leídas nunca en abstracto, como se lee, en último término, la temperatura en un termómetro. El sujeto interpreta una acción que debe ser interpretada”.

(Blanco, 2002, p.229).

Entendida en estos términos, la acción no puede despegarse del actor que la ejecuta, dicho de otro modo, la reflexión sobre la acción depende de las condiciones con las que cuenta para poder objetivarla en términos gramaticales (Ricoeur, 1981). Sólo por el hecho de limitar la acción, de desdoblarla o narrarla en términos precisos, es necesario utilizar una visión histórica y culturalmente significativa. Si aceptamos que cada cultura tiende a ampliar las gramáticas de la acción de formas diferentes, en este caso se corresponde con decir que cada una da preferencia o mayor importancia a la mezcla de unos elementos u otros, lo que Burke (1969), llamó diferentes *ratios*, para explicar la acción.

En este apartado hemos tratado, en alguna medida, de esclarecer el concepto de identidad por constituir la base fundamental sobre la que se articula esta investigación. En la actualidad los estudios sobre identidad son muchos y variados, por este motivo, continuaremos mostrando lo que a nuestro entender es más relevante en la construcción de la identidad.

1.3.2. La identidad *in the making*

Dando continuidad a los procesos de identidad, vamos a mostrar algunos aspectos que intervienen en la construcción de la identidad, que a lo largo de las últimas décadas hemos visto que se ha convertido en un concepto central y, en cierta medida, ubicuo en las ciencias psico-sociales y humanas. De esta manera, han aumentado exponencialmente los estudios y publicaciones que, desde distintos campos y perspectivas, abordan cuestiones relativas a este fenómeno social en particular. Pensamos que esta presencia tan importante –tanto en el espacio académico como en la esfera pública mediante los medios de comunicación–, aparece motivada por una modernidad que como nos dice Arjun Appadurai (2001), se encuentra *rebosada*. Un tema que podría estar contribuyendo a dicha inundación, es el relacionado con las nuevas formas de identidad a las que nos referiremos en este punto. Y, tiene que ver con el hecho de que muchas de las categorías (por ejemplo, “femenino”, “masculino”) que hace unas

décadas ordenaban el mundo experiencial de ciertos grupos humanos, generalmente, dominantes, actualmente, se han convertido en instrumentos incompletos, impuestos o inservibles. De ahí, emana la necesidad de volver a considerar o, redefinir y transformar los fenómenos identitarios (Rasskin, 2012).

Antes de retomar este mismo punto, vamos a señalar algunas de las condiciones posibles que consideramos cruciales para el desarrollo de nuevas formas de entender la identidad en sociedades que debemos llamar “occidentalizadas”. Seguidamente, en alguna medida, intentaremos mostrar, las distintas formas de conceptualizar el constructo de la identidad, asentada en un terreno de tensión y cambio. Para aclarar esta cuestión nos apoyaremos en la metáfora “sólido-líquido” planteada por el sociólogo Zygmunt Bauman (1999), donde nos muestra la paradoja existente entre la demanda de una cierta estabilidad (*identidad sólida*) y la experiencia de distintos grados de actividad (*identidad líquida*).

Sin entrar en contradicciones con lo anterior, debemos recordar que la solidez solamente puede ser transitoria, ya que los símbolos utilizados para hacer consistentes y estables las imágenes que dan forma a lo colectivo se constituyen en creaciones dinámicas susceptibles de ser transformadas a lo largo del tiempo. De manera que la tensión entre lo sólido y lo líquido se conecta con la tensión entre la estabilidad y el dinamismo. Todo ello facilitado por el aumento de posibilidades de desplazamiento de las personas, tanto de forma física, con a través de las nuevas tecnologías que propician la expansión de redes sociales y, a su vez, nos dirigen una nueva conciencia de nosotros mismos (Gergen, 1992).

Con el fin de dar cuenta de estas modificaciones los teóricos sociales comprometidos con el estudio de la identidad han planteado nuevos constructos, como, por ejemplo, el de “identidad híbrida”. Parafraseando a Rasskin (2012), en este concepto de “hibridación” se basa esta nueva forma identitaria, que nos lleva a un tipo de experiencia acerca del “yo”, así como del “nosotros”, quebrada y combinada, cuyos orígenes se sitúan en los procesos de “deslocalización” de los símbolos culturales y de las dinámicas que las hacen viables.

Por otro lado, las teorías construccionistas del pensamiento social (Berger y Luckman, 1968/2001), de la misma manera que los enfoques teóricos de los movimientos “post” (*postestructuralismo, postmodernismo, postcolonialismo, etc.*), fueron ensamblando cambios conceptuales que, a su vez, han dejado su poso al estudiar y comprender de la identidad. En esta línea, corriendo el riesgo de simplificar demasiado el asunto, podríamos decir que los movimientos posmodernistas tienen en común el hecho de poner en entredicho los cimientos básicos de la modernidad, dirigiéndola hacia un estado de apertura sin precedentes de los espacios discursivos que disponen las formas de experimentar la vida (las interacciones

sociales, el generar conocimiento, etc.). Por este camino, creemos que, gradualmente, fueron apareciendo las condiciones para que la experimentación de una “Identidad” grande, exclusiva y esencial, pasase a ser una identidad compleja y variada, construida y contextualizada, permitiendo que diversos autores dirigiesen su mirada hacia otros procesos o hacia actos de identificación (Gergen, 1992; Hall, 1992; Bruner, 1996; Wortham, 2006; Rosa y Blanco, 2008).

Por el momento, en vez de repasar las teorías sobre la identidad en el espacio de las ciencias psico-sociales, vamos a reflexionar sobre los modos generales de caracterizarla en el ámbito académico y profesional. De esta manera, si nos detenemos en el modo en que se acostumbra a hablar sobre la misma, podemos llegar al acuerdo de que la construcción “sólida-líquida” configura, de alguna manera, parte de una metáfora que la representa. Si a dicho constructo lo utilizamos como eje que articula los discursos sobre la identidad, a su vez, lo podemos ver como un continuo, donde en un polo estarían las visiones o posturas más esencialistas, correspondientes al romanticismo e idealismo del siglo XIX, mientras que en el polo opuesto estarían situadas las visiones endebles y volátiles de la identidad, características de los posturas más posmodernas. Sin embargo, estas posibles relaciones existentes entre las formas de experimentar y caracterizar la identidad no estarían limitadas a estos dos polos. Por lo cual, entre medias, estarían posiciones que, con distinta medida, resaltarían, por un lado, el carácter sólido y sustancial de la misma por un lado y, por otro, destacaría su carácter relacional.

Enlazando con lo anterior, vamos a mostrar una aproximación a la identidad, considerando su carácter fluido y dinámico, manifiestamente no sustancialista, con el interés de aportar alguna aclaración entorno al concepto de identidad que a lo largo de esta tesis manejamos. Como venimos diciendo la identidad se construye por medio de un proceso continuo y dinámico del que forman parte *actos de identificación* concretos (ver Blanco y Sánchez-Viedma, 1998), que se convierten en la base que sustenta todos los procesos de objetivación y subjetivación, permitiendo la coexistencia de personas y grupos sociales en el seno de una cultura. Los productos objetivados son aquellos que reposan en relaciones semióticas entre individuos, como veremos en el capítulo II de esta tesis. No existen objetos materiales, sino relaciones, normas que son conocidos por los miembros de esa cultura. Aun así, los productos objetivados se han constituido en materialidades, en objetos que las personas custodian cuidadosamente como formando parte de su propia identidad. No obstante, cualquier intento de categorizar la potestad de la identidad personal implica que se tiene en mente la idea de la interdependencia entre los procesos de individualización y

socialización. De forma que las categorías que mostramos deben ser tomadas como tipos generales de actos de identificación que pueden transformarse en personales o colectivos según el escenario en el que cobran sentido. Dentro de las posibles formas de clasificar actos de identificación, hemos elegido una de ellas que maneja el criterio de utilizar los tipos de significados simbólicos para la identificación de uno mismo.

De manera que pensando los fenómenos identitarios con un carácter general, vamos a presentar las funciones de la identidad, en la línea que han propuesto. De modo que podemos señalar una clasificación de estas actuaciones de identificación:

- (1)**Categoriales:** son funciones que están estrechamente relacionadas con escenarios normativos donde el yo se presenta así mismo textualmente como formando parte de una clase o categoría legal y lo hace por medio de algún tipo prueba, normalmente de carácter formal que debe ser producida (carnet de socio, identificación con logotipo, tarjeta de crédito etc.).
- (2) **Simbólicos:** son actos de identificación que constituyen los marcos semejanza con un grupo a través del uso de alguna forma simbólica compartida que imprime carácter al grupo (himnos, ritos, argots, lenguajes, atuendos, etc.). Los símbolos socialmente creados se convierten en elementos que van constituyendo una identidad personal, como marcas que socializan a uno mismo, a la vez, que diferencian del grupo de referencia.
- (3)**Discursivos:** son actuaciones en las que hay que producir un discurso articulado de forma importante o reflexiva, donde el yo enuncia sus contenidos, aquello que lo hace específico y que a la vez, en el transcurso del tiempo lo vincula con el grupo. Estas actuaciones discursivas constituyen formas muy elaboradas del yo, en la medida en que es necesaria una reflexión consciente e incluso teórica sobre la propia acción discursiva a través de la cual el yo se muestra a sí mismo y al otro. De alguna manera, podemos pensar que existen dos formas elementales de mostrar al yo a través del discurso:
 - a. **Explicativos.** Son actos de identificación por medio de ellos la persona se describe a sí misma utilizando una lista de atributos, o descriptores que incluyen características (personales, sociales, valores, aficiones, filiaciones, etc.) Estas

señales simbólicas nos muestran al yo configurado, y facilitan su expresión genérica al elegir categorías concretas como (“soy madrileño y, sin embargo, me siento burgalés; trabajo como enfermera y nunca he visto una herida abierta; me gusta la playa; tengo un gato ciego”).

- b. **Narrativos.** Son actos de identificación que configuran un relato, que hace posible que ordenemos en el tiempo los eventos pasados, a la vez, que nos permiten mostrar la continuidad del yo a pesar de las continuas modificaciones originadas por la experiencia.

Para dotar de sentido histórico a nuestras acciones y situarnos en la historia general se utilizan las historias oficiales compartidas, que utilizadas de forma colectiva se constituyen en actuaciones identitarias de carácter narrativo facilitando el vínculo entre nosotros. De esta manera la historia nos permite mantener las experiencias del pasado obtenidas colectivamente, es decir, resguardar y organizar los recuerdos sociales que pueden ser útiles en las acciones de hoy y en las de mañana. Del mismo modo que la memoria se necesita para construir la identidad personal, la narrativa que comparte el grupo sobre su pasado también es necesaria para construir una identidad social. Las narrativas históricas son dispositivos que crean significados y, de tal manera, que también llevan mensajes morales y ubican las acciones individuales entre un fluir de acontecimientos (ver Brescó, 2010). Sí las narrativas históricas se han entrettejido con una historia personal, ayudan en defensa de la identidad personal englobando los valores sociales.

También, podemos acercarnos a una concepción no sustancialista de la identidad teniendo en cuenta sus funciones, de manera que veamos los fenómenos identitarios bajo el prisma de la actividad que desempeñan. En líneas generales podemos decir que su función es establecer “a quién me parezco”, “en qué me diferencio”, “cuál es lo específico de mí” y “porqué sé que soy yo o que no lo soy”.

“...gracias a cada una de mis pertenencias, tomadas por separado, estoy unido por un cierto parentesco a muchos de mis semejantes; gracias a esos mismos criterios, pero tomados todos juntos, tengo mi identidad propia, que no se confunde con ninguna otra”.

(Maalouf, 1998/2009, p.29).

Retomando la cita de Amin Maalouf, podríamos pensar a la identidad configurada, por una parte, por la acumulación de experiencias de uno mismo, que podríamos separar (en el sentido, de los datos sociodemográficos que me vienen dados y los que he adquirido), por otra, intrínsecamente unida a lo anterior, que es la obtenida al interaccionar y mirarnos en el otro y/o los otros que me posibilita conocer lo que me asemeja y lo que me diferencia y, a su vez, al relacionar los criterios anteriores conjuntamente, resulta una identidad única. Este atisbo de definición de la identidad es inútil si no se dice el contexto en el que se origina y en el cual destaca. Así, la identidad puede ser posible si se entiende acorde al desarrollo de los factores (biológicos, sociales, culturales e históricos) que activados a partir de las acciones conciliadas en la interacción que ejercen los actores con los otros y que la hacen culturalmente significativa. En el transcurrir de esta tesis hemos utilizado esta idea cogiéndola no como algo que se “es” o que se “tiene”, sino como un recurso que la persona “utiliza”, “crea” o “demanda” (Grad y Martín, 2008). De esta forma, siguiendo a Rasskin (2012) podríamos mostrar tres aspectos necesarios para comprender cómo nos hemos acercado a este concepto:

- (1) El centro de nuestra atención ha sido el aspecto procesual y contextualizado de la identidad. En este sentido, hemos admitido que la identidad no es algo dado, sino que se configura necesariamente en interacción con los otros en un cierto número de espacios socio-culturales y bajo un contexto histórico específico, el cual brinda una serie de explicaciones y juicios valorativos posibles. Así, por ejemplo, entendemos que las características que aparecen en los dibujos sobre la enfermera no significa que correspondan a la persona que las ha dibujado, sino que son interpretadas en función de una serie de códigos previamente establecidos. De este modo, a la hora de contrastar la información acumulada / originada lo hemos hecho en base a los objetivos propuestos (Goffman, 1981; de Finna, Schiffrin y Bamberg, 2006).
- (2) Teniendo en cuenta que para el estudio de la identidad hay que integrar la alteridad, debemos destacar su dimensión relacional por facilitar el crecimiento de la identidad. Donde la presencia del otro o de los otros está en primer lugar, sin constituirse obligatoriamente, en algo negativo. Sobre esta cuestión, pensamos que la relación no tiene por qué ser, necesariamente, rara o antagónica, ver (Barth, 1969) y, también (Tajfel, 1978; Hall, 1996; Bauman, 1990, 1992, 1995, 1998). De esta manera, cuando en la relación se dan unas condiciones medianamente simétricas, cabe la posibilidad de

hablar de una identidad dialógica (Bajtín, 2000) y co-construida (construida con otros) en un proceso donde todos sus actores gestionan sus atribuciones identitarias.

- (3) La identidad solamente se puede estudiar por medio de los artilugios y las disposiciones socioculturales que la hacen posible (Penuel y Wertsch, 1995; Wertsch *et. al.*, 1997; Bruner, 2002; Blanco Trejo *et. al.*, 2003). Por ello, hemos atendido a la expresión pictórica de los dibujos y a las manifestaciones de los discursos identitarios presentes en los relatos de los participantes.

A lo largo de este punto, hemos tratado de acercarnos a los procesos constructivos de la identidad con la finalidad de recoger, algunas, de las visiones presentes en los múltiples estudios que desde distintos campos abordan cuestiones de identidad. También, hemos analizado la identidad desde la exigencia de dotarla de una cierta estabilidad (*identidad sólida*) y la experiencia de distintos grados de actividad (*identidad líquida*).

Dentro de las teorías construccionistas del pensamiento social, hemos hecho un recorrido por los enfoques teóricos de los movimientos (*postestructuralismo, postmodernismo, postcolonialismo, etc.*) mostrando los cambios conceptuales y el poso que han dejado en el estudio y comprensión de la identidad. En esta línea, se han analizado las visiones más esencialistas, correspondientes al romanticismo e idealismo del siglo XIX y las visiones más endebles y volátiles de la identidad, características de las posturas más posmodernas.

Por otra parte, nos hemos aproximado a la identidad, considerando su carácter fluido y dinámico, manifiestamente no sustancialista, con el interés de aportar alguna aclaración entorno al concepto de identidad que en esta tesis manejamos. Por este motivo, hemos dicho que la identidad se construye a través de un proceso continuo y dinámico del que forman parte *actos de identificación* concretos (ver Blanco 1995), que se convierten en la base que sustenta todos los procesos de objetivación y subjetivación, permitiendo la coexistencia de personas y grupos sociales en el seno de una cultura.

De manera que pensando, con un carácter general, los fenómenos identitarios hemos presentado las funciones de la identidad y mostrado una clasificación de los actos de identificación. Por otra parte, dando sentido histórico a nuestras acciones y situarnos en la historia general, hemos hablado de las historias compartidas que son actuaciones identitarias de carácter narrativo y, a la vez, que facilitan el vínculo entre los miembros del grupo, se constituyen en actuaciones identitarias.

Con otra visión, hemos analizado la concepción de la identidad configurada, en el sentido de formada por el acumulo de experiencias de uno mismo y la obtenida de la interacción con en el otro y/o los otros que nos da la oportunidad de conocer lo que me asemeja y lo que me diferencia y, todo ello relacionado conjuntamente el resultado es una identidad única.

Por último, también, hemos mostrado tres aspectos necesarios para comprender cómo nos hemos acercado al concepto de la identidad como son el aspecto procesual y contextualizado de la identidad; el estudio de la identidad integrando la alteridad y el estudio de la identidad por medio de los artilugios y las disposiciones socioculturales que la hacen posible.

En el apartado siguiente vamos a abordar la configuración de un tipo de identidad colectiva muy particular, como lo es la identidad profesional, más concretamente, la identidad enfermera.

1.4. LA CONFIGURACIÓN IDENTITARIA DE LA ENFERMERÍA

Dentro de los diversos estudios relacionados con los procesos identitarios vamos a señalar aquellos que explican la importancia del tránsito hacia la edad adulta en la configuración de la identidad (véase, (Penuel y Wertsch, 1995; Wertsch *et. al.*, 1997; Bruner, 2002; Blanco Trejo *et. al.*, 2003). Así, al analizar la identidad profesional entre otras cuestiones hay que dar cuenta de los cambios producidos en ese tránsito de estudiante a profesional de enfermería, por ser una etapa donde la elaboración de un proyecto identitario personal, no sólo es posible, sino que, se encuentra en plena convulsión.

Enlazando con lo anterior, si concebimos la identidad como un proceso en construcción complejo y dinámico, configurado por elementos sometidos a continuos cambios en ese transito hacia la profesionalidad, en alguna medida, se van a percibir algunas modificaciones sustanciales en su identidad (Hernando, Díaz y Blanco 2011). En dicho proceso intervienen diversos factores, que van, desde predisposiciones individuales hasta aspectos socioculturales y cognitivos, todos ellos, dirigidos a constituir la individualidad y, a partir de ella, configurar la identidad personal en interacción con los demás y con el entorno. Dicho esto, se plantea el dilema (retomando el concepto de alteridad), por un lado, estaría la singularidad de uno mismo y la similitud con los otros, entre lo que nos caracteriza y a la vez nos diferencia de los demás y, por otro, entre aquello que tenemos en común con los otros y, que nos asemeja a otros.

Tomando de nuevo, alguno de los conceptos vistos en apartados anteriores en relación con los procesos identitarios, tomamos la idea de que todo supuesto identitario se crea al interaccionar con otros supuesto identitarios. En unas ocasiones la interacción actúa sobre principios dialógicos o cooperativos, en otras lo ejerce además sobre la lógica del poder. En ambas situaciones, la identidad se desarrolla sobre la percepción de la alteridad (identificarse a uno mismo al percibir que el otro es distinto). En este sentido, la construcción de la identidad enfermera la podemos ver, también, desde dos vertientes, por un lado, tenemos el conflicto identitario originado en el propio ámbito del cuidado y, por otro, uno de los conflictos más relevante producido entre enfermeras, practicantes y matronas, durante las décadas de los años cincuenta y los setenta del siglo pasado. En un intento de resolver dicho conflicto se crea la figura del Ayudante Técnico Sanitario, más conocida como A.T.S., como veremos más adelante. Con esta figura se pretende hacer borrón y cuenta nueva, disolviendo estas tres figuras identitarias previas y creando una nueva. El conflicto no se resuelve paritariamente (dialógicamente) entre las tres identidades en liza, sino que es supuestamente resuelto, e impuesto, por una decisión unilateral, política, apoyada en la primacía del poder médico. Del error estratégico que supuso esta decisión se derivan, y esta es uno de los elementos esenciales del argumento de esta tesis, la mayor parte de los conflictos sobre los que se articula actualmente la dinámica de la identidad enfermera en nuestro país.

Hemos mostrado unas pinceladas sobre la importancia del paso de estudiante hacia la profesionalización, ya que, consideramos que constituye una etapa primordial en la configuración profesional. A su vez, junto con el concepto de alteridad hemos puesto de manifiesto el conflicto identitario producido en el ámbito del cuidado y la creación de la figura del Ayudante Técnico Sanitario con fin de mitigar las pugnas entre enfermeras, practicantes y matronas, algo que no se llegó a conseguir. Y, que, de algún modo, sigue latiendo, en la actualidad, en estos colectivos.

A partir de estos avatares acaecidos en el seno de la enfermería española que consideramos relevantes en los procesos constructivos identitarios, a continuación vamos a abordar, desde otro ángulo, la identidad enfermera.

1.5. IDENTIDAD ENFERMERA

Para comprender la identidad enfermera en la actualidad, comenzaremos presentando en primer lugar el desarrollo de la construcción identitaria profesional de la enfermera, así

como, las dificultades que se dan al conjugar las distintas programaciones de turnicidad vividas en una institución como es el hospital. Seguidamente presentaremos algunos de los elementos, que consideramos, que incide en la aparición de problemas satisfacción laboral y en la ausencia de una identidad enfermera única. A continuación haremos un repaso a la historia de las prácticas de cuidado, que nos permitirá comprender puntualmente el por qué, del aquí y ahora enfermero. Finalizaremos este capítulo mostrando algunas de las particularidades que presenta la formación enfermera en nuestro país.

Para el propósito de esta tesis, nos interesa analizar el proceso de socialización por considerarlo relevante en la construcción de la identidad profesional, tanto el análisis de los contextos dónde se produce -escuela, centros asistenciales-, como de las distintas formas que la cultura enfermera es transmitida. Sin olvidar, por otra parte, que las condiciones concretas que articulan los procesos de socialización de las enfermeras actuales son la consecuencia de una historia anterior. Iniciaremos este capítulo mostrando algunas de las singularidades que en nuestra opinión ostenta la identidad enfermera como profesión.

1.5.1. Identidad profesional en proceso de construcción

Al acercarnos a concepto de identidad profesional, hemos visto que en la actualidad es utilizado indiscriminadamente, sin explicar las múltiples cuestiones que, a nuestro entender engloba. En algunos casos, es utilizado de manera vaga o ambigua, en otras, asociado a ideas encontradas entre modernidad y posmodernidad o cuestiones psicológicas o culturales. Sin obviar que las tradiciones y costumbres de una cultura confieren una determinada identidad, es decir, una manera de mostrarse en función de la cultura a la que pertenece.

Con el fin de comprenderlo con más precisión, consideramos oportuno acercarnos al estudio sobre identidad profesional realizado por Dubet (2006), concretamente, en aquellas que tienen a otras personas como beneficiarios directos de su actividad, entre ellas esta la enfermería. Aunque dicho estudio fue realizado en otro contexto, algunas de sus aportaciones se pueden trasladar a la realidad de las enfermeras españolas. Desde la perspectiva que Dubet propone es la interpretación de los discursos presentados por algunas enfermeras en relación con su trabajo en el hospital. Parece ser que el hospital es uno de los escenarios donde el malestar estructural de los profesionales de la enfermería se muestra con mayor evidencia. Es el ámbito hospitalario uno de los espacios que genera mayor insatisfacción de forma permanente ocasionando problemas de ajuste profesional y de salud mental.

Una configuración anómala del rol profesional (enfermera) asociado a la indefinición de sus funciones y a los conflictos que de ella se derivan, también, origina malestar de las enfermeras. Esta idea puede ser explicada a partir de las definiciones de autores como Durkheim o Radcliffe-Brown, cualquier hecho socialmente organizado (creencias compartidas, organizaciones, costumbres) puede ser considerado una institución. En otras palabras, la propuesta de Dubet (loc. cit.) sobre la comprensión cualquier institución que engendre una forma específica de socialización, hay que verla, no sólo configurada, por prácticas colectivas, sino también, por las dimensiones morales y cognitivas desde las que se desarrollan los pensamientos individuales.

El concepto de programa institucional puede definirse como el proceso social que transforma valores y principios en acción y en subjetividad, en virtud de los sesgos y horizontes de un trabajo profesional específico y organizado. Algunas de las características del programa analizado están relacionadas con la presencia de una serie de rasgos mantenidos a lo largo del tiempo como: (1) el trabajo desarrollado bajo el amparo de este programa es un mediador entre los individuos y los valores absolutos de la institución; (2) en la medida en que esté instaurado en valores podemos entender que el trabajo de socialización es vocacional y, (3) el objetivo de la socialización consiste en introducir una serie de normas, simultáneamente, que configuren socialmente al individuo y, a su vez, lo hagan autónomo.

De esta manera, podemos deducir que el trabajo sobre los otros sólo puede ser ejercido por profesionales. Esto se debe, a que la legitimidad del programa institucional, como ya hemos señalado, se asienta en valores soportados desde la vocación, libremente elegidos, aceptados, y no sólo en la aplicación de meras técnicas al servicio de la eficacia y el interés fraudulento del individuo o de la institución. De este modo, la vocación se constituye en el soporte axiológico y el sello de garantía que permite diferenciar una profesión de un oficio.

Desde estas proposiciones, el autor piensa que el programa institucional es el producto de la concordancia de varias lógicas presentes en la historia de la institución hospitalaria que no se han integrado totalmente. Esto se debe a que el hospital moderno es, por un lado, heredero de las instituciones caritativas y religiosas y, por otro, se inscribe en la historia de una institución científica regida por la medicina. Donde el trabajo de las enfermeras se fragmenta, más bien se discute, entre las diferentes lógicas presentes en el modelo de los programas institucionales hospitalarios (desarrollo de la medicina científica, incremento del peso de la organización hospitalaria y de la lógica de los servicios y aumento de la autonomía de los pacientes). Para vislumbrar con más de precisión esta idea de la existencia dos

programas institucionales en el seno de los hospitales, es necesario realizar una ligera revisión de su evolución histórica, con el fin de clarificar el origen de dichos programas.

El concepto de hospital, así como su estructura, organización, funciones y actividades ha cambiado de forma importante a lo largo del tiempo, influenciado por el contexto socio-histórico, por las concepciones acerca de la salud y la enfermedad, el desarrollo sistema sanitario, los recursos económicos, la situación política, los avances científicos y tecnológicos, etc. Conocer estos cambios y la evolución de los mismos puede ayudarnos a comprender mejor la situación actual de los profesionales que trabajan en él, cuáles han sido y son las funciones que realiza el personal de enfermería, cómo se organizan su actividad y por qué lo hacen como lo hacen.

Etimológicamente la palabra hospital proviene del latín *hospitalis* (lugar donde se acoge al huésped). Si se consultan algún diccionario, casi todos refieren el hospital como un establecimiento con camas donde se atiende a enfermos, se llevan a cabo pruebas diagnósticas y tratamientos, se realizan investigación y se imparte docencia (RAE, 2001; Seco, Andrés y Ramos, 1999).

Esta concepción del hospital como lugar donde se diagnostica y trata a enfermos (o parturientas) es bastante cercana en el tiempo como vamos a ver brevemente a continuación. Para Carasa (1985) por hospital se entiende aquel establecimiento que en sus principios tenía como fin el hospedaje. Su origen parece estar en la alberguería de peregrinos en la que eran recibidos como *hospes*, que con posterioridad fue evolucionando. Es decir, en un principio los hospitales fueron concebidos más en el sentido de asilos que de enfermería, con la diferenciación entre, de una parte el hospitalero que atiende a los peregrinos o extranjeros y, de otra, el enfermero que atiende a los enfermos.

En el contexto territorial conocido como occidental hasta el siglo IV d. C. no existió una organización pública de asistencia a enfermos y pobres. Las instituciones de beneficencia surgieron en el seno de las iglesias cristianas, sobre todo, en la parte oriental del Imperio Romano y suele señalarse como la primera, la fundada por el obispo Basilio en Cesarea en el año 370 d. C., donde se atendía en general a pobres y mendigos enfermos o no y, se conocieron bajo el nombre de *xenodocheion* (González, Navarro y Sánchez, 2005).

Los griegos llamaban *xenodocheion* a los recintos de carácter civil y laico donde se atendía a extranjeros, se daba un lugar para dormir y si estaban enfermos se les curaba, en contraposición a los *iatron* que era los lugares donde los ciudadanos acudían para recibir un diagnóstico o para que curaran sus heridas y no se podía dormir en ellos (Siles, 1999). En la parte occidental del Imperio no se crearon hospitales con este modelo hasta finales de siglo IV

es un ejemplo el fundado en Roma, en el año 397, por Fabiola. Estos centros eran atendidos por la Iglesia fundamentalmente y, su ubicación se establecía en monasterios o al lado de iglesias o catedrales. En los monasterios se distinguían diferentes estancias para este tipo de atención: los *infirmarium*, el *hospitale pauperum* y la casa para huéspedes; en los primeros sólo se atendía a los monjes enfermos, en los segundos se ubicaban pobres y peregrinos y, por último, la casa de huéspedes era para personas más distinguidas. (González, Navarro y Sánchez loc. cit).

Como características básicas de los hospitales medievales occidentales cabe señalar que eran instituciones monopolizadas por la iglesia y en las que la asistencia por médicos laicos fue ocasional hasta el siglo XIV. En un principio eran los monjes los que practicaban la medicina, cuando les fue prohibido este ejercicio, en la primera mitad del siglo XII, fue el turno de los sacerdotes que a partir del siglo XIII comenzaron su formación en las primeras facultades de medicina.

Siguiendo a Sellán (2007), la tecnificación de la medicina medieval, innegable desde el siglo XIII se debió a la titulación oficial de médico y a la reglamentación de su formación científica. En este periodo, el médico universitario, generalmente, no ejercía la cirugía, sino que eran otros colectivos los encargados de esta tarea entre ellos están los barberos y los cirujanos prácticos. De manera que la asistencia técnica al enfermo va a situarse en tres niveles: por un lado, los médicos van a atender exclusivamente reyes, príncipes y señores feudales. Por otro, van a atender a la burguesía como comerciantes, artesanos, etc. la asistencia médica solía ser domiciliaria y, por último, al pobre, así fuese esclavo, indigente, urbano o siervo de la gleba era atendido en el hospital. Por lo cual, una de las formas de ayuda social se daba en el hospital.

Por otra parte no es hasta siglo XV cuando se produce una lenta pero progresiva secularización del control y de la asistencia en los hospitales. Esto se debe, principalmente, al aumento de los poderes públicos y a un cambio en los valores o asunciones que hasta ese momento fundamentaban el objetivo o misión del hospital. Hechos que tiene su origen en la Reforma Protestante que constituyó un punto de inflexión e hizo posible un cambio en la conceptualización del hospital. De esta manera la consideración de la pobreza adquiere distintos matices pasando de ser vista como “inevitable y querida por Dios” a, pasar, a ser vista como una carga para el resto de la comunidad que la considera no productiva y como un foco de delincuencia. Este es uno de los motivos por los que el hospital pasa de tener una función

de acogimiento, caridad, a ser un centro de reclusión para mantener el orden social (González, Navarro y Sánchez, 2005).

En esta misma línea Villanueva (2005), escribe que existe un antes y un después sobre la concepción del hospital a partir del Renacimiento. Ya que en esta etapa se perciben los esbozos de la medicina organizada que van adquiriendo una gran influencia las organizaciones médicas sobre la estructura y funcionamiento hospitalario. El hospital se convierte de esta forma en un lugar para el tratamiento de los enfermos y, paralelamente, en un centro para el estudio y la enseñanza de la medicina. Podríamos señalar, que éste sería el momento desde el que comenzaría a elaborarse y a introducirse progresivamente un nuevo programa institucional en seno del hospital.

Aunque estos cambios se van produciendo de manera paulatina no deja de ser interesante saber cómo Luís Vives definía los hospitales en el siglo XVI:

“lugares de beneficencia donde los enfermos son atendidos y curados, donde reciben sustento un cierto número de indigentes, donde son acogidos para su educación niños y niñas, donde se procede a la crianza de los niños expósitos, donde quedan reclusos los locos y hallan albergue los ciegos”.

(González, Navarro y Sánchez, *loc. cit.* p.33).

A lo largo de la Edad Moderna proliferan hospitales reales y municipales aunque continúan estando muy influenciados por el modelo monástico anterior en cuanto a su organización y funcionamiento. Además esta secularización trajo consigo otro replanteamiento y éste fue el aprovechamiento de los recursos, para lo cual se comenzó la concentración de pequeños hospitales en otros de mayor tamaño. Demos destacar que durante este periodo se inicia la medicalización de los hospitales, es decir, hay una mayor presencia de médicos y también, cada vez más, las funciones y los objetivos del hospital toman un aire fuertemente médico y asistencial; un ejemplo es la construcción de hospitales para enfermedades mentales y para algunas patologías como la sífilis, abriéndose la tendencia hacia la especialización de los mismos (Díaz, 2010).

Durante el siglo XVII se fundaron un gran número de hospitales generales por toda Europa. Éstos se sustentaban a través de tributos especiales así como por donaciones y limosnas. Tenían funciones de “*institución penal, asilo, taller y centro sanitario*” (González, Navarro y Sánchez, *loc. cit.* p.36).

En el siglo XVIII el número de hospitales crece de forma significativa al igual que su secularización. Fundamentalmente en ellos seguían siendo atendidos los pobres aunque cada

vez en mayor medida desde un punto de vista médico. Esto se debe a que era importante para los incipientes estados modernos tener una población sana y activa. Por estos motivos se favoreció la creación de hospitales, se comenzó a conceder importancia a la salud pública y a la higiene. Podemos decir que la salud pasó a ser un interés del Estado. Por otro lado, es interesante señalar que los hospitales constituían un lugar privilegiado para el aprendizaje clínico médico (González, Navarro y Sánchez, *loc. cit.*).

Durante este periodo, en la Europa continental se destinan grandes edificios para hospitales, con el objetivo de mostrar el poder del Estado. En cambio, en Inglaterra se da otra situación ya que se construyen, los hospitales, gracias a donativos y suscripciones. El mayor problema que tenían estos hospitales fue la elevada mortalidad debida, fundamentalmente, a las altas tasas de infecciones que soportaban. Esto origina un nuevo planteamiento en la organización de estas instituciones y se pasa de hospitales con salas enormes a hospitales divididos en pabellones, disposición que se va adoptando a lo largo del siglo XIX.

El siglo XIX, de nuevo, se produce un punto de inflexión relacionado, tanto con la forma de entender en el hospital, como al tipo de medicina ejercida en el mismo. También, influyeron los importantes avances y cambios producidos a nivel científico, técnico, socioeconómico y profesional. De esta forma, el hospital contemporáneo se caracteriza básicamente por ser un hospital público, un gran hospital, un centro de la práctica médica científica, en el que confluyen la asistencia, la docencia y la investigación (Díaz, 2010).

Como consecuencia, los hospitales se van fragmentando, dando paso a nuevos departamentos e instalaciones como laboratorios, quirófanos, salas para diagnóstico, y los enfermos ingresan en diferentes pabellones (especialidad) según el diagnóstico médico. También, surgen hospitales especializados en pediatría, oftalmología, dermatología por ejemplo (González, Navarro y Sánchez, *loc. cit.*). Por último, algunos autores, (ver entre otros Sellán, 2007) apuntan como novedoso de este periodo, la presencia de la enfermería profesional a consecuencia de una mayor tecnificación de la medicina y a su distanciamiento del enfermo.

En el siglo XX, también, ocurrieron cambios significativos en el hospital al dejar de ser un lugar de beneficencia y pasar a convertirse en un espacio público donde se diagnostica y trata a pacientes de cualquier clase social. Como el avance técnico y científico había comenzado en el siglo anterior, son necesarias instalaciones que solamente pueden ubicarse y aglutinarse en los hospitales. El modelo médico-céntrico se encuentra totalmente integrado en el hospital. Es decir, todo en el hospital gira en torno a la figura del médico, el resto del

personal hospitalario, desde la enfermería hasta la gerencia e incluso los órganos de financiación, deben servir prioritariamente para que el médico ponga en práctica todos los recursos de su ciencia con las menores limitaciones posibles (Díaz, *loc. cit.*).

La intersección en el hospital de dos programas institucionales diferentes, el caritativo y el médico, con lógicas distintas a la hora de entender la socialización y la relación con los enfermos, provoca una indefinición del papel a desempeñar por parte de las enfermeras, lo que va a obstaculizar o dificultar el establecimiento de un rol profesional autónomo.

Además, estamos asistiendo a una cierta difuminación de los contornos de ambos programas institucionales en una organización con unos niveles de complejidad crecientes y en la que los pacientes reclaman cada vez mayor protagonismo en la toma de decisiones con respecto a su salud. Esta situación nos parece un factor importante que contribuye a obstaculizar, aún más, el asentamiento de las señas de identidad, que como profesión, la enfermería ha ido fraguando desde su desarrollo disciplinar.

En base a las ideas que acabamos de exponer, entendemos que en los hospitales existen programas institucionales que vehiculan el proceso de socialización de los propios trabajadores. En el hospital contemporáneo donde, en la medida en que en él están presentes dos programas, uno derivado de las concepciones primitivas de institución caritativa y, otro a consecuencia de la entrada de la ciencia y la tecnología de la mano de la medicina, se produce una mezcla de las características y rasgos de los dos. Por tanto, tenemos dos formas de entender, de ser, estar y ejercer la actividad profesional; en resumidas cuentas, dos formas de socialización, de generación de procesos de trabajo, de hábitos y selección de los mismos.

Como podremos ver más adelante, al acercarnos a la evolución de las prácticas cuidadoras, las mujeres cuidadoras fueron relegadas, primero, a una situación de dominación o supeditación con respecto a la jerarquía eclesiástica en los orígenes de las instituciones hospitalarias, por lo que sus actividades de cuidado estaban muy influenciadas por los valores, creencias, conocimientos científico-técnicos sobre el ser humano, la salud, la enfermedad y la consideración hacia la mujer en aquella época. Más tarde esa situación de supeditación continuó con la aparición paulatina y, que acabó siendo predominante en los hospitales, de la medicina como profesión clásica por excelencia, con una forma muy distinta de entender la salud y la enfermedad, y también a la persona. Se fueron introduciendo avances diagnósticos y de tratamiento de las enfermedades y, de este modo, los hospitales fueron adquiriendo forma, no sólo en términos arquitectónicos, sino también en relación a su organización interna, de modo que esta disciplina contará con todo lo necesario para poder alcanzar sus objetivos.

De manera que se pasó de tener a personas, casi sin formación, para dar cuidados de las necesidades básicas y, de acompañar en el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, a necesitar trabajadores cualificados, con habilidades en actividades instrumentales y auxiliares para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Hasta ese momento, ni el Estado ni las personas habían tenido casi o nada que decir al respecto de la salud de la población o de la persona. Sin embargo, cuando los gastos se fueron sufragando con recursos públicos y los pacientes, también, comenzaron a exigir su participación más activa en las decisiones referentes a su salud y su cuerpo, los hospitales, otra vez, tuvieron que realizar cambios en su organización, cambios en los que, en la actualidad, seguimos estando inmersos.

Dentro de este entramado, surge un cambio, en las disciplinas consideradas “auxiliares” de la medicina, en el posicionamiento y forma de entender su labor. Esto supone que los miembros de estos colectivos se identifican como trabajadores que de forma autónoma y legítima y, son capaces de realizar las actividades necesarias para cubrir las necesidades de salud de la sociedad. La profesionalización, por tanto, consiste en dominar un campo específico de acción, de mostrar formación, competencia en ese campo y, en el que ningún miembro de otro sector profesional está capacitado para llevarlo a cabo.

Por tanto, para comprender los problemas identitarios de las enfermeras españolas, debemos de considerar la existencia otros dos factores: (1) la imposibilidad de un desarrollo académico completo, derivada del hecho de que los estudios de enfermería han sido hasta hace poco más de dos años estudios de diplomatura, lo que se traduce en la posibilidad de desarrollar un currículum académico completo, es decir, llegar hasta el doctorado; y (2) la imposibilidad real de ingreso e introducción de los conocimientos enfermeros, es decir, de las aportaciones disciplinares, a la realidad asistencial hospitalaria. Podría entenderse que además de los dos programas institucionales que hemos señalado, pudiera encontrarse un tercero, relacionado con el establecimiento de pleno derecho de la profesión enfermera, que lleva a cabo un trabajo profesional sobre los otros y que tendría que afirmarse no legitimándose en el universo de objetivos propios de la medicina o de la caridad, sino en el suyo propio.

En este punto hemos comenzado el análisis presentando primero, los estudios que enfatizan la existencia de elementos en las organizaciones sanitarias, que en alguna medida como acabamos de ver, influyen, también, de manera decisiva en la construcción de la identidad y representación de los profesionales que en ellos ejercen su actividad. Y, por otra parte, hemos visto que el hospital es uno de los escenarios donde el malestar de las enfermeras es más evidente. Es decir, es en el ámbito hospitalario donde se genera

insatisfacción profesional que ocasiona problemas de salud mental, que vendría motivada por una configuración anómala del rol profesional asociado a la indefinición de las funciones de las enfermeras.

En segundo lugar hemos mostrado algunos de los cambios relacionados con la concepción del hospital según el contexto socio-histórico, de la salud y la enfermedad, entre otros; así como, en relación a su estructura, organización, funciones y actividades. Pensamos que al conocer estos cambios y su evolución va ayudarnos a comprender mejor la situación actual de los profesionales que trabajan en estos ámbitos hospitalarios.

En tercer lugar, después de presentar los distintos cambios adaptativos de los antiguos hospitales hasta llegar a los modernos y sus problemáticas; partiendo de la etimología del concepto (hospital) hemos iniciado un recorrido histórico por las prácticas cuidadoras, presentando, desde la primera organización pública de asistencia a enfermos y pobres (siglo IV d. C., pasando por los llamados *xenodocheion* en Grecia, los monasterios (medievales) instituciones eclesiásticas donde los monjes practicaron la medicina hasta el siglo XIII que es cuando inician su formación las primeras facultades de medicina. Pero la secularización del control y de la asistencia en los hospitales no se produce hasta siglo XV.

Con el acercamiento a la Edad Moderna hemos visto que proliferaron los hospitales reales y municipales que mantiene las influencias del modelo monástico anterior en cuanto a su organización y funcionamiento. Durante los siglos XVII y XVIII se fundaron un número importante de hospitales generales por toda Europa que tenían distintas funciones, desde asilo hasta centro sanitario. En el siglo XIX, de nuevo, se produce un cambio que afecta a la forma de entender el hospital y al tipo de medicina que se ejerce. Se caracteriza por ser un gran hospital y público donde confluyen la asistencia, la docencia y la investigación y, como novedad de este periodo, es la presencia en él de la enfermería profesional motivada por el aumento de la tecnificación de la medicina y su distanciamiento del enfermo.

El hospital en el siglo XX pasa a convertirse en un espacio público donde se diagnostica y trata a pacientes de cualquier clase social. El modelo centrado en el médico es el que predomina y entorno a él gira el hospital, el resto del personal hospitalario, desde la enfermería hasta la gerencia e incluso los órganos de financiación, deben servir prioritariamente para que el médico ponga en práctica todos los recursos de su ciencia con las menores limitaciones posibles.

Por otra parte, unido al desarrollo de los hospitales, también, hemos analizado las lógicas que en cada uno de ellos han estado presentes, sobre todo nos han interesado aquellas que obstaculizan o dificultan el establecimiento de un rol profesional autónomo. Además,

hemos seguido la evolución de las prácticas cuidadoras ejercidas por las mujeres relegadas, primero, a una situación de dominación o supeditación respecto a la jerarquía eclesiástica, más tarde, esa situación de supeditación continuó en los hospitales, donde la medicina ejerció como profesión por excelencia, con una forma distinta de entender la salud, la enfermedad y a la persona.

También, nos hemos acercado a los cuidados, que pasaron de ser ejercidos por personas, casi sin formación, para darlos atendiendo a las necesidades básicas, acompañando en el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. De manera que surgió la necesidad de personas cualificadas, con habilidades en actividades instrumentales y auxiliares para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

De esta manera los distintos factores y actores presentados han ido ejerciendo su influencia en la construcción identitaria de la enfermería. Que junto con la imposibilidad de un desarrollo académico completo, unido a la imposibilidad real de introducir los conocimientos enfermeros a la realidad asistencial hospitalaria, seguramente, que esta situación esta afectando al proceso de construcción de una identidad profesional saludable.

En el siguiente apartado vamos hacer una visión rápida de las prácticas cuidadoras en el mundo occidental y, más directamente en España. Trataremos de discernir el núcleo de la identidad disciplinar enfermera presente en el discurso teórico enfermero.

1.5.2. Una identidad problemática en continuo cambio

Para comprender, en cierta medida, cómo se nos muestra la actual profesión de Enfermería, cómo se ve a sí misma y cómo la representan los demás, debemos conocer la evolución de las prácticas de cuidado. Para ello haremos un somero recorrido desde su inicio hasta la actualidad, a través del trabajo de Sellán (2007). Trataremos de ver cómo se nos muestra la actual profesión de Enfermería, cómo se ve a sí misma y cómo se la representan los demás. La escasa visibilidad de las prácticas de cuidado, derivada fundamentalmente de la escasa consideración social que tienen. Esto se debe a que son consideradas con carácter “instintivo” o natural, que se desarrolla en el seno del hogar y, por tanto, va a ser asociado a las mujeres, y, en escasas ocasiones puede aparecer formalizado en las instituciones. A esto se une la poca relevancia que el imaginario social otorga a dichas prácticas por verlas subordinadas a la lógica médica. Esta realidad de falta de reconocimiento social y profesional,

y de “presión identitaria” por parte de otras profesiones sanitarias, ha propiciado que resurjan distintas identidades y, que coexisten, no siempre armónicamente, en el ámbito de la enfermería española contemporánea.

En términos muy generales, podemos decir que el desarrollo de las prácticas de cuidado en la historia occidental se articula en torno a dos momentos claves en la evolución de la cultura occidental. El primero de ellos tuvo lugar por las aportaciones de la antropología y la imagen del hombre que ofrecía el cristianismo, tenía su base en la idea de una naturaleza humana única, dotada de una dignidad inherente. Esto, de alguna manera, permitió justificar moralmente el cuidado del otro e incluso convertir la actividad cuidadora en una forma de salvación. Las órdenes religiosas, como iremos viendo, se convirtieron en los vehículos naturales para la institucionalización del cuidado. El mayor desarrollo lo alcanzaron durante la Edad Media, a través de las obras de misericordia, realizadas, tanto por personas cristianas laicas, como las congregaciones religiosas. El segundo momento, se produjo bajo la influencia de la Reforma Protestante que propulsó un cambio, por un lado, en el modo de ejercer la práctica cuidadora y, por otro, al cambiar al agente social que las lleva a cabo, dando paso, de una estructura religiosa a una estructura laica.

En cambio, como veremos con más detenimiento en el siguiente apartado, la enfermería moderna laica y femenina se originó al amparo de valores y al servicio de objetivos fundamentalmente morales. Consecuentemente, el desarrollo de la enfermería como colectivo profesional ha estado marcado por los valores sociales que se entendían propios de la condición femenina, como son la abnegación, la empatía, el cuidado de los más débiles, la moralidad impecable, la caridad y la sumisión. En este sentido, la profesión enfermera se nutre, básicamente, desde sus inicios de mujeres y, por tanto, no nos debe extrañar que su desarrollo y su reconocimiento social sigan un curso paralelo al desarrollo social de la mujer. En el imaginario social, analizado a través de las instituciones, textos, normativas legales, programas de estudios o definición de competencias profesionales, se muestra que la importancia del quehacer de las enfermeras, lo es siempre como prolongación o suplementación del saber médico, que el mismo imaginario, a su vez, considera como masculino. La abnegación, sacrificio, disciplina, sumisión, junto a la caridad, religiosidad y moralidad han sido, en efecto, los valores preponderantes en el proceso de socialización de las enfermeras españolas hasta los años cincuenta del siglo XX (Sellán, 2010).

En España, además, otros dos grupos conforman la profesión de enfermería, los practicantes que, sin duda, han mostrado desde el siglo XV su compromiso identitario implicado, casi siempre, directa o indirectamente, en la negación de la autonomía identitaria

de la enfermería. Como era lógico, esta profesión auxiliar fue casi exclusivamente masculina. En cambio, las matronas al ser mujeres siguieron una lógica en su proceso de socialización paralela a la de las enfermeras.

La unificación de los tres estamentos sanitarios su integración bajo la denominación de Ayudante Técnico Sanitario en 1953 estuvieron propiciados por los cambios legislativos producidos en materia de educación, destinados a las profesiones subalternas de la medicina, esto es, practicantes, matronas y enfermeras. A partir de este momento, la Enfermería española vivirá durante casi tres décadas supuestamente unificada, legitimando las desigualdades internas relativas al género, ya que quedó expresamente prohibida la coeducación, y las oportunidades formativas fueron diferentes para los estudiantes y las estudiantes. De esta forma se institucionalizaron las desigualdades desde una perspectiva de género.

A su vez, las enfermeras españolas han intentado desarrollar una profesión autónoma en el ámbito de la praxis y obtener el más alto grado académico, así como la posibilidad de acceder a un proceso de formación como especialistas, durante poco más de treinta años de haberse incorporado estos estudios de Enfermería en la universidad. Sin embargo, ha sido una constante la escasa sensibilidad mostrada por parte del Estado hacia este colectivo. Conviene recordar que, a nivel educativo, han sido rechazadas las distintas propuestas de la Licenciatura en Enfermería, una tendencia que ha sido interrumpida con la reciente puesta en marcha de los nuevos grados. Por otro lado, en el plano asistencial, hasta hace poco más de un año, sólo dos de las siete especialidades estaban implantadas, a pesar de que las especialidades para el Diplomado en Enfermería fueron aprobadas en el año 1987. Será relevante en el futuro analizar en qué medida la implementación del Grado en Enfermería y la puesta en marcha efectiva de las distintas especialidades enfermeras, modifican o no algunas de las proposiciones que venimos exponiendo.

Por otra parte, debemos señalar, desde el punto de vista disciplinar, que la enfermería nació, por así decirlo, en el positivismo. Sin embargo, y frente a la muy difundida idea de que el conocimiento se obtiene de una manera neutral y objetiva, observando la realidad, como desde fuera. Por nuestra parte, nos parece más interesante la tesis de que ese conocimiento es el producto de una relación entre personas que comparten creencias, costumbres y valores, es decir, una cultura, más concretamente en nuestro caso, la cultura enfermera. Por tanto, en nuestra opinión, el conocimiento no es el producto de la mera observación de una realidad "cosificada" y estable, sino el producto de esa relación intersubjetiva, entre sujetos, aunque

esta relación se realice o materialice muchas veces, a través de objetos, de cosas (Blanco, 2002). Estamos en la línea del pensamiento que asume que el conocimiento enfermero es, en última instancia, el resultado de una experiencia vital originada en los más diversos ámbitos de nuestra práctica cotidiana (Sellán, 2010). La necesidad de buscar y tratar de encontrar un significado a la práctica profesional debe trascender al simple hecho de cuidar a un paciente

Si pensamos que el cultivo de la capacidad humana de advertir a y cuidar del otro, y, a la vez, como el resultado del ejercicio de esa capacidad, llegamos a la conclusión que ser enfermera implica defender y poner en ejercicio ciertos valores. En toda cultura están inmersos una serie de valores, en el caso de la enfermería se transmiten en las aulas a las nuevas generaciones, hacen referencia, fundamentalmente, a la idea de que la Enfermería, en tanto disciplina, posee un corpus doctrinal, emplea un lenguaje disciplinar propio y una metodología científica para investigar e intervenir. Hemos tratado de racionalizar el trabajo profesional a través de la definición de actividades autónomas, específicas y cuantificables, de la concreción de las necesidades básicas y su satisfacción, todo lo cual se lleva a cabo en un contexto poco sensible a los cambios; no debemos olvidar que el medio sanitario suele ser absorbente, rutinario, poco estimulante.

Desde nuestro punto de vista, las enfermeras tienen algunas características específicas, que no las recoge la literatura sobre el *burnout* y la satisfacción laboral y, que han sido adquiridas a lo largo del proceso de socialización de estudiante a profesional de enfermería. En nuestra opinión es probablemente que estén contribuyendo a incrementar el estrés profesional.

En primer lugar, la Enfermería posee una larga historia cultural y cuenta con un corpus de conocimientos y técnicas que se ha ido incrementando y mejorando como fruto de la propia actividad y del contacto con ciencias próximas o afines. Sin embargo, tuvieron que transcurrir siete siglos hasta que las enfermeras empezaron a formarse en la Universidad. Por esta razón, la praxis del cuidado enfermero se ha repetido de generación en generación durante siglos de historia, sin el beneficio de una educación científica y sin la adopción premeditada de modos científicos conscientes de proceder, por lo que no goza de un espacio epistemológico y disciplinar indiscutible.

El núcleo de la identidad disciplinar enfermera está en el discurso teórico enfermero, que proporciona los marcos y el resumen de los conceptos que la enfermería utiliza. También proporciona los principios que rigen el proceso de cuidado. Las fuentes de la enfermería teórica son múltiples, abarcando desde la práctica enfermera y el diagnóstico, hasta las aportaciones sobre el cuidado de otras disciplinas, entre ellas, la psicología, la antropología y la

sociología. Cada una de estas fuentes tiene el potencial de plantear y dar respuesta a algunas preguntas importantes en la enfermería. Fijarse detenidamente en las fuentes y reflexionar sobre el origen de la teoría puede dirigir la selección de cuestiones de investigación para los estudios. La fuente, en consecuencia, es tan importante como la pregunta.

En la profesión de la enfermería, en los últimos años, ha surgido un nuevo marco que reorienta el ejercicio profesional, nuevos procedimientos para tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población de los usuarios que exigen redefinir roles, y aumento en la demanda de los servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales, máxime cuando no está definido el propio desarrollo de la carrera profesional.

Como venimos comentando los profesionales de la enfermería constituyen un grupo de riesgo posible de desarrollar un patrón de insatisfacción laboral y *burnout*, propiciado por los factores que hemos señalado en líneas anteriores. La realidad asistencial está confrontada con expectativas profesionales o disciplinares que puede resultar problemática. En este sentido, siguiendo a Vázquez (2012), con el fin de analizar el problema vamos a distinguir tres elementos que al conjugar entre sí dan lugar a problemas psicosociales, dichos elementos serían: (1) la organización, (2) el profesional y (3) el paciente.

- (1) En las instituciones sanitarias la cultura organizacional que en ellas existe, generalmente, no es favorable a los cambios e innovaciones, sobre todo, cuando se trata de cambios estructurales en la organización del personal o en cambios en el modo de abordar los procesos dándoles una solución. Estas situaciones facilitan la permanencia de actitudes y conductas propicias para el desarrollo del *burnout*. La enfermería en los últimos años ha experimentado un cambio conceptual, al pasar de la filosofía del Ayudante Técnico Sanitario a la de la filosofía enfermera apoyada en nuevos modelos teóricos, dos puntos de vista distintos que son propicios para originar algún tipo de confrontación entre iguales.

Además, otros problemas existentes en los hospitales, entre otros muchos, está el hacinamiento de pacientes, el aumento de las cargas de trabajo, el ruido excesivo, etc., que unido a la turnicidad, provocan en los profesionales, en momentos determinados, relaciones difíciles.

- (2) En el ejercicio de la profesión, también, existen problemas en su realización, uno de ellos es la indefinición de la carrera profesional. Esta situación origina, en cierta

medida, cuotas de frustración en la enfermera por el hecho de tener que desarrollar de forma repetida su actividad profesional en un espacio que no permite la creatividad. A esta situación hay que añadir que es una profesión que colabora con el médico con el que comparte actividades interdependientes. Situación que a su vez genera una ambigüedad de rol o indefinición de rol, que no suele ser reconocido por la organización. Todas estas situaciones conducen a los profesionales a presentar una disminución del sentimiento de realización personal a través del trabajo.

Unido a lo anterior, la enfermera en el desarrollo de su actividad debe de mostrar una serie de actitudes que conllevan una carga emocional importante. Como son la empatía, el dar apoyo, escucha activa, consolar, acompañar, etc., todos ellos son factores favorables para la aparición del *burnout* (Sellán, 2007).

- (3) Los pacientes constituyen el objetivo principal de la actividad del profesional y en el ejercicio de esa actividad las enfermeras establecen con los pacientes relaciones interpersonales influenciadas por factores psicosociales. También, la enfermera atiende a la familia por ser el vínculo más inmediato que tiene el paciente y, según las características que ésta tenga, estarán proyectadas en esa relación enfermera-paciente y familia.

Unido a lo anterior hemos visto como en los últimos años se ha producido un cambio en las condiciones del ejercicio profesional enfermero motivado por el incremento de conocimientos que propiciado por las nuevas tecnologías han impulsado el desarrollo de estrategias profesionales como son el trabajo en equipo, la política de costes, entre otros, que inciden significativamente sobre la actividad de la enfermería en la actualidad.

Cabe pensar, que estas condiciones a la larga se modifiquen y tengan un cometido más acorde, que permita abordar los inconvenientes involucrados en la construcción de la identidad enfermera. Debemos subrayar entre otras las condiciones que regulan los procesos formativos, tanto la docencia en pregrado, como en postgrado, los conceptos nucleares y sus interrelaciones, realidades que deben ir adaptándose al ritmo de los cambios que ocurren en el mundo. Con el fin de posibilitar la adaptación a los cambios desde la docencia se intenta orientar la formación hacia el futuro, respondiendo a la vez al presente (Vázquez, 2012). A través de la formación los futuros profesionales deben adquirir conocimientos actualizados y, también, las actividades esenciales para el ejercicio de la profesión. En este sentido, durante el proceso formativo el estudiante, además, de conocimientos y habilidades, debe desarrollar un

pensamiento crítico que le permita analizar los sucesos de la actividad profesional, asumiendo diversos roles en un sistema de salud en continuo cambio (Sellán, 2007).

El escenario donde las enfermeras ejercen su profesión está condicionado, como acabamos de ver, por una serie de aspectos formativos, estructurales, conceptuales y culturales, que en alguna medida, como se recoge en la literatura el ejercicio de la enfermería se desarrolla en condiciones estresantes. Estas condiciones se caracterizan por las continuas demandas físicas y psicológicas que los profesionales reciben de sus pacientes.

Como acabamos de ver, el desarrollo tecnológico, la tecnificación de la asistencia, la tendencia a la super-especialidad, la lógica de la asignación de los enfermos a servicios concretos y la protocolización de la actividad sanitaria son los motores que impulsan el desarrollo del mundo social hospitalario, que unido a los distintos servicios que lo configuran y, al reparto de recursos, las programaciones de los ingresos y altas, constituyen el universo donde la enfermería contemporánea se socializa.

Por otra parte, hemos visto que las prácticas de cuidado han experimentado cambios importantes, uno de ellos es el aumento del número de tratamientos que la enfermera debe administrar. En esta actividad la enfermera consume el mayor tiempo del que dispone, en detrimento del el tiempo destinado a la relación con los pacientes A su vez, la relación e interacción con los pacientes son actividades que están poco valoradas, en general, en las organizaciones sanitarias. Por consiguiente, la enfermera debe, de alguna manera, elegir entre brindar los cuidados centrados en lo relacional o en el aspecto técnico. Sin embargo, la mayor parte de las veces, la enfermera no tiene margen para elegir, debido a las cargas de trabajo que la hacen una auténtica ejecutora de técnicas. Este es un esbozo del tipo de cultura organizacional donde crece y se desenvuelve la enfermera, que como hemos dicho, principalmente, son organizaciones asistenciales.

Así, en el seno de la enfermería contemporánea existe un debate a la hora de optar por una actitud identitaria nuclear entre (1) el desempeño de una actividad cuidadora integral tradicional, que enfatiza la relación de cuidado (Apker, Zabava y Fox, 2003; Ewens, 2003) y están presentes la escucha activa, acompañamiento y comprensión de las necesidades del enfermo, o (2) el priorizar las tareas técnicas protocolizadas y posponiendo relación con el paciente para cuando “tenga más tiempo” (MacIntosh, 2003). Desde otro prisma otros autores han puesto de manifiesto la idea de que la identidad enfermera pueda estar fundamentada en la consideración de lo femenino como rasgo nuclear (Muldoon y Reilly, 2002; Dombeck, 2003) y los valores asociados a la feminidad (Nicolson, Burr y Powell, 2003; Parker y Takahashi

2005), como si ser enfermera constituyese algo así como una evolución cultural institucionalizada de una propensión natural de la mujer a ser afectiva, simpática, cariñosa, sensible y acogedora. Esta escisión cultural e identitaria de la enfermería se expresa muy claramente, una vez más, en nuestros propios datos, que mostraremos más adelante.

También, la identidad enfermera ha sido estudiada a partir de las conductas observables de las enfermeras, de la imagen que proyectan y de los tipos de interacción con otros grupos dentro del equipo de salud o de su propio equipo de enfermería (Ewens, 2003). En un trabajo con estudiantes de enfermería, Du Toit (1995) hace ver que los estudiantes tienen la conciencia de que en el ejercicio profesional las enfermeras deberían mostrar con claridad conductas, actitudes o roles asociados con la independencia, el liderazgo, las cualidades de pensamiento crítico y el compromiso con la profesión. Otra forma habitual de estudiar la identidad es a través del autoconcepto, autoimagen y autoestima (Melia, 1987; Randle, 2002), trabajos realizados desde el ámbito de la enfermería. En general, y como era previsible, estos estudios encuentran que las enfermeras tienen una representación escasamente adaptativa o débil de sí mismas. Así, hemos visto como en numerosos trabajos aparece manifiesta la búsqueda identitaria de la enfermería. De manera que en algunas ocasiones las enfermeras manifiestan, por ejemplo, sentimientos de opresión por la organización, en general, o por los médicos (Hughes, 1988) y sentimientos de no ser consideradas en la toma de decisiones, especialmente, en aquellas que las atañen, como por ejemplo, alta de los pacientes, terapéutica farmacológica, pruebas diagnósticas o posibles cambios en la organización de las unidades.

Además, tiene sentimientos, en algunas ocasiones, de no tener el reconocimiento de sus superiores inmediatos (supervisora, dirección de enfermería), y, además, cuando tienen problemas con los médicos, frecuente mente, siente que su supervisora de unidad o de área no hace lo posible por resolverlos. Por otra parte, las plantillas están disminuidas, lo que origina que se disminuya el trabajar con los pacientes y familia. Esta situación origina la existencia de un doble discurso: oficialmente se trabaja “por pacientes” (dando cuidados individualizados), en cambio, la realidad es que la enfermera debe realizar tareas adjudicadas por el sistema en detrimento del tiempo de dedicación a los cuidados del paciente (Öhlén y Segesten, 1998; Fagerberg, 2003). La cadencia del trabajo es tan acelerada y, establecida en el hacer de las enfermeras que, también, tienen sentimientos de no controlar íntegramente su desempeño (Fagerberg y Kihlgren, 2000). Por otra parte, experimentan conflictos de rol y tensiones derivadas de su desempeño (Apker, Propp y Zabava, 2005). A todo lo expuesto debemos añadir que las enfermeras sienten y perciben que otros colectivos disponen de

tiempo para realizar otras actividades en su horario laboral, mientras que ellas, solamente, disponen del tiempo asistencial. Por estos motivos, las enfermeras la formación continuada (como cursos, sesiones y otras actividades formativas), deben realizarlas, generalmente, en su tiempo libre o fuera de la jornada laboral. Estas situaciones que viven las enfermeras originan en ellas un resentimiento hacia la organización, que, también, forma parte de los factores psicosociales que afectan a los profesionales de enfermería.

En este colectivo, también están presentes sentimientos relacionados con la formación que les producen algunas dudas, de un modo, reconocer que deben formarse (supuestamente la formación otorga reconocimiento) y, de otro, cuestionarse si verdaderamente con la formación se logra mayor consideración. En este sentido, el sentimiento de unión y de pertenencia en relación con lo que creen ser y, a la vez, con lo que creen que la organización les considera, va produciendo sentimientos de inferioridad, de desventaja, que les conduce a tener una baja autoestima (Fagerberg, 2003). Por otra parte, son conscientes de que sin ellas el sistema sanitario no puede funcionar y, por otra, no creen en los cauces formales para salir de la situación en la que viven, ya que, son pocos los incentivos que la organización pone en juego.

El proceso de socialización de las futuras enfermeras, como venimos exponiendo, está estrechamente ligado a dos situaciones de aprendizaje, una la vivida en la escuela con la adquisición de conocimientos teóricos y, otra, vivida en el desarrollo en las prácticas clínicas (asistencia). La dicotomía y fragmentación de estos dos escenarios trae como consecuencia que los estudiantes, ante el conflicto de intereses traten de solventar su discordancia desarrollando estrategias de adaptación a veces estrictamente formales a estas situaciones (Melia, 1987).

De esta manera como acabamos de ver el desarrollo de la identidad enfermera se lleva a cabo sobre la base del funcionamiento de la organización y de los objetivos del colectivo médico y, bajo el supuesto de un trabajo en equipo. En cambio, el sentir de las enfermeras es que es el médico el que sigue ostentando el poder de decisión, siendo ésta la que prevalece (Halford y Leonard, 2002; Nelson y Gordon, 2004).

A lo largo de este apartado hemos tratado de ir mostrando cómo se encuentra la actual profesión de Enfermería y la evolución que han seguido las prácticas de cuidado en las distintas etapas de la historia y sobre todo en el mundo occidental. En lo concerniente a occidente estuvieron influenciadas primero por la idea de una naturaleza humana única y dotada de una dignidad inherente que permitió justificar moralmente el cuidado del otro y

convertir la actividad cuidadora en una forma de salvación. Las órdenes religiosas se convirtieron en los vehículos naturales para la institucionalización del cuidado a través de las obras de misericordia realizadas por personas cristianas laicas y por congregaciones religiosas. El segundo momento se produjo bajo la influencia de la Reforma Protestante que impulsó un cambio en el modo de ejercer la práctica cuidadora al cambiar al agente y pasar de una estructura religiosa a una estructura laica.

El desarrollo de la enfermería ha estado marcado por los valores sociales entendidos como propios e la condición femenina, como son la abnegación, la empatía, el cuidado de los más débiles, la moralidad impecable, la caridad y la sumisión. En el imaginario social aparece que la actividad de enfermeras es siempre como prolongación de la actividad del médico o suplementación del saber médico.

Otro de los momentos históricos analizado ha sido la unificación de tres estamentos sanitarios (enfermeras, practicantes y matronas) integrados bajo la denominación de Ayudante Técnico Sanitario en 1953 y las implicaciones que este acontecimiento ha tenido sobre la identidad de las enfermeras que es uno de los propósitos de esta tesis. La Enfermería española se mantuvo, supuestamente, unificada, durante casi tres décadas y durante este periodo estuvo prohibida la coeducación, legitimándose las desigualdades internas de género al impartirse la formación en función del género y de esta forma las desigualdades de género quedaron institucionalizadas.

A su vez, las enfermeras españolas han intentado desarrollar una profesión autónoma, obtener el mayor grado académico y poder acceder a un proceso de formación como especialistas. Después de ser rechazadas las distintas propuestas para la Licenciatura en Enfermería, se ha conseguido en la actualidad con los estudios de Grado en Enfermería.

Hemos analizado algunas cuestiones acerca del conocimiento que lo consideramos como el producto de una relación entre personas que comparten creencias, costumbres y valores, una cultura, en este caso la cultura enfermera. Esto nos ha llevado a ver, que el conocimiento no es el producto de la mera observación de una realidad "encorsetada" y estable, sino el producto de esa relación intersubjetiva, entre sujetos, aunque esta relación se realice o materialice muchas veces, a través de objetos, de cosas (Blanco, 2002). En esta línea asumimos que el conocimiento enfermero es el resultado de una experiencia vital originada en los diversos ámbitos de la práctica cotidiana.

La Enfermería teniendo una larga historia cultural y un corpus de conocimientos y técnicas no pudo formarse en la Universidad hasta que transcurrieron siete siglos. Por esta razón, la praxis del cuidado enfermero se ha repetido de generación en generación durante

siglos de historia, sin el beneficio de una educación científica y sin la adopción premeditada de modos científicos conscientes de proceder, por lo que no tiene un espacio epistemológico y disciplinar. El núcleo de su identidad disciplinar enfermera está en el discurso teórico enfermero que provee los marcos y los conceptos que utiliza la enfermería y, los principios que rigen el proceso de cuidado.

Otra de las cuestiones analizadas con influencias identitarias ha sido la aparición de un nuevo marco orientativo del ejercicio profesional, nuevos procedimientos para tareas y funciones, desarrollados con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por los profesionales. En este sentido hemos analizado alguno de los problemas que dicha situación propicia como es la insatisfacción laboral y *burnout*. También hemos visto que la realidad asistencial confrontada con expectativas profesionales o disciplinares puede resultar problemática y hemos analizado este problema a través de tres elementos que han sido la organización, el profesional y el paciente.

En aspectos relacionados con la cultura de las organizaciones, también hemos analizado las resistencias al cambio y a la innovación, que en nuestra opinión, podría deberse al hecho de ser organizaciones muy burocratizadas. Este hecho propicia la permanencia de actitudes y conductas favorables para el desarrollo del *burnout*. Además, hemos puesto de manifiesto el cambio conceptual que significó pasar de la filosofía del Ayudante Técnico Sanitario a la filosofía enfermera apoyada en nuevos modelos teóricos.

A su vez, hemos hecho un recorrido por los centros asistenciales mostrando las situaciones que consideramos favorables al desarrollo del *burnout*. Por este motivo, hemos explicado, el aumentado de pacientes por enfermera, las cargas de trabajo, la ambigüedad de rol, la disminución del sentimiento de realización personal a través del trabajo, el mostrar una serie de actitudes como empatía, apoyo, escucha activa, consuelo, acompañamiento; las relaciones enfermera paciente; algunos estudios sobre la interacción de la enfermera con el equipo de salud y el sentir se las enfermeras en relación de no sentirse reconocidas por sus superiores.

Debemos añadir, que la identidad enfermera es una construcción dinámica y continua, a la vez social e individual, resultado de diversos procesos de socialización entendidos como procesos biográficos y relacionales, vinculados a un contexto (socio-histórico y profesional), particular en el cual esos procesos se inscriben.

A continuación vamos a analizar con grandes pinceladas la historia de las prácticas cuidadoras, los conceptos de salud y enfermedad utilizados para impartir cuidados, los

cambios producidos en la medicina durante los siglos XVI, XVII y XVIII que dejaron fuera de su ejercicio como médicas a las mujeres, la influencia ejercida por la Reforma Protestante, el poder político y el religioso, unido al desarrollo científico-técnico, la consideración del trabajo de enfermería como una actividad particularmente técnica a mediados del siglo XX, la aparición de la primera escuela de Enfermería en 1896, la unificación de los estudios de practicantes, enfermeras y matronas y en los estudios de Ayudante Técnico Sanitario.

1.5.3. Una historia apresurada de la identidad enfermera española

Como ya hemos señalado anteriormente el ejercicio profesional de las enfermeras está sumergido en una serie de vicisitudes y se percibe atrapado por una incomodidad estructural, en cuya base late una demanda apremiante de reconocimiento social. Las enfermeras experimentan tensión entre lo que de hecho se les exige en el servicio y la naturaleza hipotética de su profesión. Podríamos decir que el ejercicio profesional de las enfermeras, en estos momentos, no tiene un núcleo bien definido, ya que en las modernas instituciones, fundamentalmente en el hospital, se debaten entre la dependencia de la praxis médica, supuestamente científica, la colaboración en la atención a la salud y a las personas o grupos desde su autonomía profesional. En los hospitales modernos el médico varón y la enfermera religiosa representan la jerarquía sobre los que se articula los cimientos en nuestra. A partir de un proceso de división del trabajo con hondas raíces históricas, los médicos fueron hombres-intelectuales y las enfermeras mujeres de intachable moral, abnegadas y sacrificadas, bien fueran religiosas o laicas. Los dos modelos tienen sus fondos normativos, y por eso el concepto de enfermo nunca fue del todo compartido por ambos colectivos. Sin duda, la transformación de los hospitales en auténticas organizaciones al uso de cualquier otra empresa de servicios, ha ido consiguiendo que se vayan acercando estas dos visiones, en parte como consecuencia de la apertura del hospital a toda clase de personas y enfermedades. Al menos en la medida en que el estado asume económicamente el peso de la salud, la organización sanitaria aumenta el número de servicios médicos, el poder administrativo se va implantando y, aunque la salud no tiene precio, es indudable que sí tiene un costo importante.

El discurrir de la profesión de enfermería, su evolución y sus diversas influencias: históricas, socioculturales y científico-técnicas, las concepciones sobre la enfermedad y la salud, las instituciones dónde se han formado y han trabajado, que han intervenido en su construcción profesional y disciplinar. Aspectos que aparecen en los trabajos historiográficos

realizados por (Collière, 1993; Donahue, 1993; Siles 1999; Hernández Conesa, 2001; González, 2006; Sellán 2007, 2010). Ya que no nos olvidemos que la consideración de la salud y la enfermedad ha ido evolucionando con el correr del tiempo, condicionada por valores, creencias, cultura, economía, entre otros valores culturales. El concepto de atención de enfermería y la evolución de la propia actividad hacia la profesionalización han ido parejos a estos cambios. Los orígenes de la enfermería son muy remotos, pero su proceso de profesionalización es reciente e inconcluso.

Como ya hemos hablado, desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano son las mujeres, en cada comunidad, las encargadas de llevar a cabo los cuidados. Desde orígenes tan remotos ya se percibe una clara división sexual del trabajo. Su objetivo prioritario era el mantenimiento de la vida frente a las adversidades del medio, a través de la higiene, la alimentación, el vestido, todo lo que hiciera la vida más agradable. Los hombres, en cambio, se encargaron de la caza o tareas defensivas. Hoy en día a todas las actividades relacionadas con la preservación de la vida las llamamos cuidados básicos. El aprendizaje era por imitación y observación del modo de cuidar los otros miembros del grupo.

Al contemplar y observar la naturaleza, en estas primeras épocas, aprendieron a utilizar plantas para curar ciertas dolencias; a crear objetos, herramientas y sustancias. También trataron de explicar el origen de las enfermedades que fueron atribuidas principalmente a espíritus sobrenaturales, demonios, etc., y se utilizaban conjuros, encantamientos y ceremonias religiosas, con el fin de ahuyentar a dichos espíritus.

En la Antigua Grecia (Homero, Esculapio, Hipócrates) y posteriormente con los romanos se cultivó el arte de curar. Concediendo gran importancia a la alimentación y a la higiene. En esta época ya existían personas que dedicadas a cuidados específicos como el *obstetrix*, la nodriza y el auxiliar del médico.

En el siglo IV, tras el Edicto de Milán, el emperador Constantino legaliza y proclama la libertad de pensamiento y acción de la doctrina cristiana, consolidándose la organización de la Iglesia católica y con ello la posibilidad de fundar hospicios y hospitales públicos.

El modo de ver y entender al hombre cambia con la llegada del Cristianismo, también, la interpretación de la salud y la de enfermedad, al añadir un valor religioso. La salud y la enfermedad son concebidas como designios divinos, en el sentido del que sufre es un elegido de Dios. Desde este pensamiento a la persona enferma ya no se le cuida por lo que tiene, sino por lo que es, como persona y como hijo de Dios, pues fue creado a su imagen y semejanza.

Estas concepciones son fundamentales para entender los cuidados practicados y la institucionalización de los mismos a partir de ese momento.

Así, la mujer adquirirá un papel muy importante en el desarrollo de las actividades sociales y en la práctica del cuidado con fines puramente caritativos. Las primeras cuidadoras se constituyeron en grupos integrados dentro de la Iglesia cristiana primitiva, que dispensaban los cuidados en los centros sociales que cada obispo debía construir en su diócesis. Se daban cuidados básicos de: alimentación, higiene, eliminación, curas, vendajes así como apoyo espiritual y físico.

La consecuencia de esta filosofía, fue el contemplar como lo más importante en las personas que se dedicaban al cuidado sus actitudes, consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia. Así, aparece a la figura, que Collière (1993) denomina “mujer consagrada”. Estas mujeres, al cuidar a los enfermos, centraron su atención en la palabra en forma de oración y en los consejos morales, debido a que las normas cristianas no permitían ningún tipo de contacto físico. Los monjes y monjas fueron los primeros en organizar la asistencia a los enfermos.

Para el ejercicio de estos cuidados los conocimientos teóricos requeridos eran nulos y los procedimientos que se realizaban eran muy sencillos. De manera que a las personas que desempeñaban esas funciones, se las describía más por su gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia que por conocimientos o habilidades. Los cuidados se realizaban en los domicilios y en los conventos en las zonas destinadas para ese fin. Ese tipo de cuidados continuó impartándose en los primeros hospitales construidos bajo el auspicio de la Iglesia.

También debemos decir que el tipo de cuidados que acabamos de aludir no eran los únicos que se dispensaban. Existían otras figuras que también proveían cuidados, como eran barberos, sangradores, cirujanos prácticos, nodrizas, comadronas y mujeres sanadoras (ver entre otros, Donahue, 1993; Ventosa, 1984; Sellán, 2007). Cabe destacar que los barberos y cirujanos prácticos realizaban una serie de actividades que los médicos en este periodo no llevaban a cabo. Conviene recordar que los médicos comenzaron a formarse en la universidad a partir del siglo XIII. Más avanzada la Edad Media, éstos últimos, fueron de las escasas actividades cuidadoras que se agruparon en gremios, cofradías y hermandades.

Los cambios fundamentales en la historia de la medicina acaecieron durante los siglos XVI, XVII y XVIII al dejar al margen de su ejercicio como médicas a las mujeres. No obstante, las mujeres siguieron teniendo a su cargo el cuidado de los niños, ancianos y enfermos en el ámbito doméstico y en los hospitales y, los partos siguieran siendo atendidos casi

exclusivamente por comadronas. A partir del siglo XV en diversos países europeos comienza a regularse la actividad profesional vinculada con el cuidado. El modelo médico que se desarrolló en las universidades a partir del siglo XIII configuró un poder hegemónico para los médicos universitarios. Este poder les otorgó la capacidad de sancionar los saberes de otros colectivos, la de transmitir esos saberes y considerar como incapaces de manejar esos saberes a las mujeres, los cirujanos, los barberos; como dan prueba de ello los diversos trabajos que recogen como los colegios de médicos iniciaron por Europa una campaña con la finalidad de controlar el ejercicio de todas las actividades cuidadoras y curativas (Sellán, 2007; 2010).

Otra influencia significativa fue la ejercida por la Reforma Protestante que dio un enfoque distinto al modo de entender las prácticas del cuidado y a las personas que se dedicaban a ello. Y, donde su influencia fue mayoritaria, los cuidados pasaron a manos de mujeres seglares necesitadas de un sustento, o bien a los diferentes grupos religiosos protestantes que comenzaron a acometer dicha labor debido a la escasez de personal para ocuparse de esta actividad.

El inicio del desarrollo científico y tecnológico comenzó a partir del Renacimiento, pero no es hasta el siglo XIX, cuando se producirán grandes aportaciones al campo de la medicina. Esta complejidad tecnológica hace necesaria la aparición de un personal que asuma algunas tareas que hasta ese momento realizaban los médicos en los hospitales, se hace necesario mejorar su formación. Los encargados de llevar a cabo esta tarea de formación fueron las facultades de medicina y los Reales Colegios de Cirugía de la época.

Al separarse el poder político y el religioso, unido al desarrollo científico-técnico, permitieron que tuviera lugar el inicio de la profesionalización de la enfermería. Recordemos que en España la primera escuela de Enfermería fue fundada por el Dr. Rubio y Galí en el año 1896 y se conoce como la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría. Pero es hasta 1915 cuando se establece el plan de estudios para enfermeras (Real Orden de 7 de mayo) y por tanto se legaliza la profesión en nuestro país. Pasando así, a formar parte de los títulos de practicantes y matronas reconocidos y regulados a partir del Real Decreto de 12 de enero de 1904, de Instrucción General de la Sanidad Pública (Sellán, 2006; 2007).

Sin embargo, que no es hasta los años cincuenta del siglo XX cuando la red hospitalaria española se extiende y el trabajo de enfermería es considerado como una actividad particularmente técnica. Además hay que añadir el emergente ascenso social y profesional de la mujer, no libre de dificultades, que se las permitió acceder a los estudios medios y superiores e integrarse en el sistema laboral.

Hasta el momento hemos visto que la enfermería tiene un complejo origen histórico y han sido muy diferentes las personas encargadas de los cuidados (enfermera, nodriza, sangrador, barbero, cirujano menor, ministrante, practicante, etc.). Situándonos en nuestro país, y a modo de ejemplo, cabe señalar que no es hasta 1952 cuando se unifican los estudios de practicantes, enfermeras y matronas y nacen los estudios y la figura de A.T.S. (Ayudante Técnico Sanitario) que es el origen de la enfermera actual, tal y como la conocemos. También es necesario recordar que en estos momentos un porcentaje muy elevado de las enfermeras en actividad laboral fueron socializadas académica y laboralmente bajo las concepciones que esta figura sustentaba.

Como hemos comentado en la revisión de nuestra concepción teórica de la identidad, frecuentemente, las identidades se desarrollan a través de dinámicas de poder, donde una hipótesis identitaria trata de apropiarse del poder que regula la acción en un campo determinado como puede ser el de la salud. La creación de la figura del A.T.S. fue la consecuencia de una estrategia de poder protagonizada por los médicos en un contexto que parecía hacer necesaria dicha medida. Tanto es así que la medida pretendió acabar con el conflicto entre las tres identidades que la nueva titulación intenta homologar. La realidad es que no consiguió resolver el conflicto, solamente, lo aplaza. Además, debemos recordar que se prohíbe, por ejemplo, la coeducación, lo que significa en la práctica diseñar culturas de socialización distintas para practicantes y enfermeras/matronas.

En este proceso histórico en relación con nuestra concepción de la identidad, lo que nos importa señalar ahora es que se trata de un proceso unilateral y basado, literalmente, en el poder de designación, en el poder que ejerce la narrativa del lenguaje.

Para Bajtin (Voloshinov, 1992) cada palabra, cada signo, cada categoría lingüística, es el espacio, la “arena”, en sus propios términos, en el que se dirimen, normalmente en condiciones asimétricas, los intereses y motivos de los distintos grupos sociales (agentes de salud –enfermeras, practicantes, matronas, médicos-, políticos, farmacéuticos) que se esfuerzan por [poseer el derecho a] usar el signo, la categoría (Blanco, 2002). Nietzsche (1981) lo expresó de manera contundente:

“El derecho del señor a dar nombres llega tan lejos que deberíamos permitirnos el concebir también el origen del lenguaje como una exteriorización del poder de los que dominan: dicen ‘esto es esto y aquello’, imprimen a cada cosa y a cada acontecimiento el sello de un sonido y con esto se lo apropian, por así decirlo”

(p. 32; citado en Blanco, 2002; p. 36).

Partiendo de la comprensión de este argumento, tendremos claro que en este ámbito de la salud, para que la enfermería progrese deberán realizarse una serie de cambios en la totalidad del sistema sanitario con el fin de dar respuesta a reclamos de la sociedad que concibe los cuidados de salud como una obligación a cubrir por el Estado

El concepto de salud no es cuestionado hasta años setenta, en los cuales diferentes grupos empiezan a plantear preguntas sobre esta cuestión. Lo que dio lugar a pasar de considerar la salud como ausencia de enfermedad a otro que la define como un proceso integral. De manera que la salud se entiende como el equilibrio entre las personas y su entorno. Por este motivo el cuidado enfermero cambia de orientación, pasando a integrar un conjunto de actividades encaminadas a propiciar un mayor bienestar físico, psicológico y social, con una mejor adaptación de las personas a su entorno.

A partir de aquí y durante este período las enfermeras comienzan a hacerse y hacer a otros preguntas sobre la razón de ser de su profesión, describen la actuación diferenciada de la profesión, se inicia la utilización de métodos de trabajo científicos, los estudios se incorporan a la universidad y, la actividad cuidadora se va poco a poco profesionalizándose.

Aunque lo expuesto hasta hora sea breve, podemos decir que en nuestro contexto, a lo largo de la historia de los cuidados dedicados, parafraseando a Collière (1993), al mantenimiento y salvaguardia de la vida fueron realizados por mujeres y, permanecieron principalmente en el ámbito doméstico. Posteriormente bajo las órdenes religiosas fueron caminando hacia el espacio público, donde, también los cuidados, se daban en hospicios y hospitales, bajo la organización y jerarquía eclesiástica, sin percibir ninguna remuneración, no podía ser de otra manera.

La potestad hegemónica de la medicina adquirida en la universidad progresivamente se fue instaurando en los hospitales, a la vez que se fue apropiando de la competencia de transmitir los conocimientos sobre cuidados de salud. Y, además, acaparó el control de todas las actividades consideradas auxiliares, entre ellas los cuidados conocidos como cuidados de enfermería.

Con los avances científicos y técnicos se propició la necesidad de que las personas que daban cuidados en los hospitales desarrollasen nuevas habilidades, principalmente técnicas, pero sin ver la necesidad de que adquiriesen los conocimientos teóricos. Las nuevas demandas sociales influenciadas por los cambios en los conceptos de salud y enfermedad, la necesidad de ampliar conocimientos, los cambios en la consideración social de la mujer y, a la configuración disciplinar de la enfermería, hizo que progresivamente se produjese un cambio,

que permitió pasar de ser considerada como un oficio auxiliar a ser una profesión con cierta autonomía.

Las enfermeras españolas tienden la tendencia de enfatizar a menudo un estado de victimismo identitario cuyo origen podría estar en el hecho de que su proyecto curricular ha sido diseñado por los médicos y adaptado para servir a las necesidades de éstos. Este hecho nos lleva a recordar que en una etapa de la historia de la enfermería sus actividades propias fueron desempeñadas bajo la cobertura formal del título de Ayudante Técnico Sanitario, titulación que solamente ha existido en nuestro país (Sellán, 2010).

Dicha situación aparece reflejada en distintos trabajos de las enfermeras españolas sobre tópicos relacionados con la identidad enfermera (ver entre otros, Alberdi, 1987b; Martínez Riera, 2004) se refleja. La idea que sustentan es que la cultura enfermera española contiene un elemento clave o fundamental para comprender la actual situación identitaria. Reside en el hecho de que las enfermeras han tenido que asumir ser llamadas A.T.S., un nombre sin un significado concreto, exclusivo de España, que ha estado vigente durante el período comprendido (entre 1953 y 1977), quizás como una forma de acentuar claramente la subordinación de la enfermera al médico. Además, debemos añadir que la formación teórica y práctica y, las instituciones que la impartían, fueron distintas para las mujeres y para los hombres que cursaron A.T.S. Debemos recordar que estaba prohibido dar formación a hombres y mujeres en el mismo lugar, hecho que lo podemos interpretar como una maniobra para acrecentar el poder de los médicos mayoritariamente varones, en ese período.

En nuestro país las proclamas junto con las influencias del poder estuvieron presentes desde los años setenta, en general, y, su influencia, también llegó a la cultura de la enfermería española, tal y como lo recoge en su tesis Margarida Miró Bonet (2008). Estas influencias se podían ver en los discursos sobre la identidad enfermera unida a prácticas profesionales, políticas y sociales que bajo un discurso humanista se potencia una alternativa a la potestad del médico.

Con el inicio de la etapa universitaria, las expectativas de cambio y desarrollo profesional se agudizaron y viendo a la nueva formación como el baluarte que iba a resolver su situación. En cambio, los cambios instructivos bajo los nuevos planes de estudio orientados a desarrollar la autonomía de la enfermería, no lograron traspasar las barreras de la tradición cultural vigente en la práctica sanitaria. A pesar de ello, en los años ochenta se pone de manifiesto la necesidad de cimentar o restituir la legítima identidad enfermera, con una intención clara de apartar o separar los esquemas de profesión auxiliar e invisible (Alberdi, 1987a; García y Buendía, 2001; Martínez Riera, 2004; 2005).

Así, al llegar a los hospitales las enfermeras formadas en los conceptos propuestos en los nuevos planes de estudios, tuvieron que adaptarse a la cultura sanitaria tradicional y al sistema organizacional que tenía una fuerza mayor que las nuevas formas de socialización planteadas en las escuelas de enfermería. En cierta medida, surgió un conflicto de intereses entre los A.T.S. y los enfermeros noveles provocando que estos nuevos profesionales quedasen atrapados en dicha cultura. Por este motivo, podríamos explicar la tensión identitaria en relación con lo que la escuela espera de una enfermera y lo que espera el régimen sanitario (Martínez Riera, 2005). De lo que acabamos de exponer, se deduce, que fue un hecho la existencia tres tipos de identidades cuidadoras que coexistieron en nuestro país. Hecho que podemos constatar al observar y escuchar como se presentan las enfermeras en la actualidad: algunas se nombran como A.T.S., otras A.T.S. y enfermeras, y, algunas se identifican claramente como enfermeras (Alberdi, 1987b; García y Buendía, 2001).

Los trabajos sobre la identidad de las enfermeras españolas realizados por enfermeras españolas no son muchos, entre ellos están los de (Alberdi, 1987a; García y Buendía, 2001; Salas, 2003; Martínez Riera, 2004; 2005; Siles, 2005) que al hablar de identidad lo hacen de forma colateral y, en nuestra opinión, sin profundizar sobre la cuestión. Es decir, sin basarse en un modelo, teoría o posición epistemológica para situar el constructo identidad. Posiblemente, la excepción este en un trabajo de Siles (2005), que propone un modelo para el estudio de la identidad desde un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Aunque, su propuesta es perseverante, en nuestra opinión no es clara, ni contribuye con alguna idea sustantiva a lo venimos diciendo. Sin embargo, en el estudio exploratorio de carácter antropológico de Cánovas (2004) vemos una aportación al mostrarnos la identidad socioprofesional compuesta por (actitudes, valores) con distintos grados de importancia para las enfermeras y, por ello, la no existencia de una identidad enfermera.

Como venimos comentando, con este proyecto pretendemos analizar los procesos de construcción de la identidad enfermera disciplinar y profesional. En este sentido es pertinente analizar las situaciones que precisan su proceso de formación académica. Por este motivo, empezaremos mostrando las realidades que definen el transcurso de su formación académica, siendo oportuno continuar con el desarrollo de la formación enfermera en España en la actualidad. Trataremos de mostrar a través de una clara exposición la especificidad del proceso de socialización enfermera.

1.5.4. La formación académica de las enfermeras españolas

Como ya hemos comentado, la disciplina de enfermería se imparte en la universidad española desde el año 1977 como estudios de primer ciclo, al finalizar los mismos se obtiene la titulación de Diplomado en Enfermería. El plan de estudios, que se debe seguir, está estructurado en créditos obligatorios, optativos y de libre configuración, con una carga lectiva total de 236 créditos. En la ruta curricular las materias se estructuran en diferentes áreas (Ciencias Básicas, Fundamentos de Enfermería, Ciencias Psicosociales, Materias Instrumentales, Enfermería Clínica y Salud Comunitaria). Del mismo modo, el aprendizaje está organizado en enseñanzas teóricas, clínicas y prácticas, distribuyéndose su impartición por medio de un sistema modular, con el consiguiente itinerario: 1) impartición de contenidos teóricos de las materias que conforman el plan de estudios, 2) puesta en práctica de contenidos teóricos aprendidos y desarrollo de habilidades en salas de demostración, y 3) prácticas clínicas rotando, a lo largo de los tres cursos académicos, por distintas unidades de asistenciales de hospitalización, en Centros de Atención Especializada, en Centros de Atención Primaria y en Centros de Salud Mental. Como resultado se obtiene, que el cincuenta por ciento de la enseñanza corresponde al *aprendizaje clínico*, que equivale aproximadamente a unas milsetecientas horas reales, lo que pone de manifiesto, la importancia de esta forma de aprendizaje en el currículum universitario de enfermería.

Estos resultados muestran de forma muy evidente, que el estudiante de enfermería toma contacto con la realidad del escenario profesional donde las enfermeras ejercen su actividad (situaciones de trabajo, valores, tipos de intervención, ambiente laboral, etc.), desde el inicio de sus estudios, los estudiantes se expone a *estresores* como la ansiedad y miedos, contacto con el dolor y el sufrimiento, sobre carga emocional, etc., característicos de los profesionales sanitarios y de forma muy significativa de las enfermeras. Este modo de establecer los contenidos curriculares de manera tan exclusiva, define la especificidad del proceso de formación de las enfermeras, en la dirección que hemos anunciado desde los primeros trazos de este proyecto. Aunque en el curso académico 2008-2009, se iniciaron los estudios de Grado en Enfermería (en la Universidades de San Antonio de Murcia, de Zaragoza y la Europea de Madrid), en el curso 2009-2010 se inician estos estudios en la mayoría de las universidades y en la nuestra, Universidad Autónoma de Madrid se implantó en el curso 2010-2011. De la misma forma que en la Diplomatura, se mantiene la relación teoría-práctica en el Grado, esto se debe a que la Enfermería es una profesión regulada, es decir, en los Estados de la Unión Europea el acceso y el ejercicio a algunas profesiones está reservado a los que poseen

determinadas cualificaciones profesionales. Con el fin de prevenir que dicha regulación sea un impedimento para la libre circulación de profesionales, la directiva europea 89/48/CEE instauró un régimen general de reconocimiento mutuo de los títulos de enseñanza superior. Esta directiva, que se agregó al ordenamiento español mediante el RD 1665/1991 de 25 de octubre, en su Anexo I recoge una relación de las profesiones reguladas en España, entendidas como *“la actividad o conjunto de actividades profesionales para cuyo acceso, ejercicio o alguna de sus modalidades de ejercicio se exija directa o indirectamente un título y constituyan una profesión en un estado miembro”*. Posteriormente la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo de cualificaciones profesionales constituye una única disposición los distintos sistemas de reconocimiento.

En España la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, *por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero*, hace una propuesta de mínimos para garantizar el porcentaje de aprendizaje clínico que permita a los estudiantes españoles, no debemos olvidar que todos los títulos vinculados a profesiones reguladas tienen definido su contenido formativo en los decretos de directrices propias, en los que se determinan diferentes aspectos de cada título. El mínimo que establece esta orden para los créditos clínicos es de 90 ECTS en el estado español.

En la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones, aparece formulada una idea similar, que expresa:

“Los estados miembros asegurarán que el conjunto del programa de enseñanza se encuentra bajo la responsabilidad y dirección del personal de enfermería de la escuelas o de la institución de enseñanza reconocida por la autoridad competente y según la legislación vigente...”

“... La enseñanza clínica” es el aspecto de la formación de los cuidados de enfermería mediante el cual el estudiante de enfermería aprende, dentro de un equipo y en contacto directo con un individuo sano o enfermo y/o colectividad, a planificar, prestar y evaluar los cuidados de enfermería globales requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos. El estudiante no sólo aprende a ser un miembro del equipo, sino también a ser un jefe de equipo que organiza los cuidados de enfermería globales, entre los que se incluyen la educación para la salud de los individuos y grupos en el seno de la institución sanitaria, hospitales e instituciones de salud, así como en la comunidad, bajo la responsabilidad de los docentes”.

Es muy probable que la normativa, tanto europea como española, que regula la formación de las enfermeras no tome en consideración lo que a nosotros nos parece esencial e irrenunciable en el ejercicio cotidiano, responsable y saludable del cuidado. A saber, el tiempo que las enfermeras necesitan para impartir los cuidados individualizados a las personas que cuidan. Es muy probable que desde instancias políticas y organizacionales no se hayan planteado esta cuestión, en palabras de Blanco (2006), del “Tempo”, en nuestra opinión, muy necesario e importante para cuidar. Generalmente, las organizaciones institucionales de salud centradas en sus múltiples procesos y dinámicas, en el aquí y ahora, pendientes de la inmediatez, del rendimiento en términos de producción y de la calidad, se olvidan de asignar o establecer el tiempo suficiente para que las enfermeras aplique sus intervenciones en los distintos procesos de salud y, bajo el mismo prisma desde el que se establecen los tiempos para otros tipos de intervenciones necesarias para restablecer la salud.

Son de sobra conocidos los esfuerzos que desde hace bastantes años, las enfermeras intentan concretar su área de investigación y de práctica. Han intentado encontrar palabras que refieran exactamente sus actividades de cuidados (Kèrouac et al, 1996). Para (Collière, 1993), el cuidar u ocuparse del otro, el entender al otro, fortalecer sus capacidades, devolver la esperanza, acompañar y aliviar permaneciendo a su lado (al lado del otro), estando presente son los cuidados invisibles. Para llevar a cabo las actividades anteriores es necesario disponer de tiempo. Si pensamos en el tiempo en el sentido de poco, escaso se va a traducir como dice Vázquez, (2012) en un cuidado enfermero inacabado. Posiblemente, se habrán dado cobertura a las actividades rutinarias, pero a cambio de inmolarse el aspecto más significativo y determinante del cuidado, el que requiere deliberación.

Esta forma tan típica de diseñar el recorrido curricular ha originado que jóvenes de 18 o 19 años, al inicio del segundo cuatrimestre del primer curso de la Diplomatura, (como hemos mencionado, en el Grado será a partir de segundo curso), tomen contacto con situaciones de sufrimiento y muerte, que comiencen a desarrollar estrategias para afrontar conflictos de rol con otros profesionales sanitarios y, a su vez, presenten, con gran probabilidad, contradicciones entre los valores profesionales que se fomentan en el ámbito académico y los que operan en el ámbito clínico. No hay ninguna dificultad para comprender como este original proceso de socialización contribuye a la aparición de distintas alteraciones psicológicas en la práctica profesional. Además, debemos tener en cuenta la influencia, que las distintas corrientes socioeconómicas ejercen sobre la práctica de la enfermería modificando su rol y, las consideraciones existentes en torno a este rol. Ya que, cuando menos estable es este rol la imagen de la enfermera se vuelve más confusa, más diversificada. Ocasionando esta

diversificación del rol de la enfermera, generalmente, que se acompañe de una búsqueda de identidad, que aún hoy sigue siendo un objetivo a conseguir por este colectivo Collière (1999).

Reflexionar sobre lo que estamos haciendo sabiendo lo que ocurre y siendo conscientes de ello, nos dará la oportunidad de tener más criterios para acercarnos a la persona cuidada y, a su vez, rehacer el proceso por medio del cual la enfermera se conforma como profesional y como persona a la vez.

1.6. CONCLUSIONES

En este capítulo hemos intentado argumentar que, a pesar de los logros conseguidos por la enfermería en las últimas décadas la identidad profesional de la enfermera continua siendo invisible y, al mismo tiempo, se percibe como una disciplina auxiliar de la medicina, quedando condicionadas sus funciones propias y ensombrecida, o distorsionada, su identidad. Hemos encontrado que existen contradicciones y problemas que están inmersos en el seno de estructuras anómalas donde las enfermeras construyen su identidad, a las que hemos identificado como zonas fronterizas generadoras de conflictos, por su implicación en la aparición de alteraciones psicológicas con las que la mayoría, de las enfermeras ha aprendido a convivir o solucionar, sin dejar de ser un substrato que propicia el aumento de la del malestar psicológico que ha contribuido a la aparición de problemas como el *burnout*.

El análisis de los factores sobre el *burnout*, la ansiedad, la satisfacción laboral y las condiciones sociolaborales en las que se desarrolla la actividad de la enfermería, nos ha permitido visualizar la influencia que dichos factores proyectan sobre la construcción de la identidad y representación enfermera, entendida en el sentido de que todas las acciones encaminadas a construir la identidad, realizadas en zonas fronterizas de roces laborales, originan identidades anómalas, favorables para el desarrollo de alteraciones psicosociales.

Hemos encontrado que formando parte de estas alteraciones psicológicas, también, están presentes los factores resistentes al cambio y a la innovación, que en nuestra opinión, podría deberse al hecho de ser organizaciones muy burocratizadas. Hecho que además permite la permanencia de actitudes y conductas favorables para el desarrollo del *burnout*. Por otra parte, hemos visto el cambio conceptual que significó pasar de la filosofía del Ayudante Técnico Sanitario a la filosofía enfermera apoyada en nuevos modelos teóricos ha influido en dicho problema.

A su vez, en el análisis de los centros asistenciales, también, aparecen situaciones que consideramos favorables al desarrollo del *burnout*, entre otras, como el aumentado de pacientes por enfermera, las cargas de trabajo, la ambigüedad de rol, la disminución del sentimiento de realización personal a través del trabajo, el mostrar una serie de actitudes como empatía, apoyo, escucha activa, consuelo, acompañamiento; las relaciones enfermera paciente; la interacción de la enfermera con el equipo de salud y el sentir se las enfermeras en relación de no sentirse reconocidas por sus superiores.

Podemos decir que el hospital es uno de los escenarios donde el malestar de las enfermeras es más evidente y es en este ámbito, donde se genera insatisfacción profesional que ocasiona problemas psicosociales que atribuimos a una configuración anómala del rol profesional asociado a la indefinición de sus funciones; al estar asentados en ellos las lógicas que obstaculizan o dificultan el establecimiento de un rol profesional autónomo.

Los orígenes de la enfermería son muy remotos, pero su proceso de profesionalización es reciente e inconcluso. En cambio la consideración de la salud y la enfermedad ha ido evolucionando con el correr del tiempo, condicionadas por valores, creencias, cultura, economía, entre otros valores culturales. El concepto de atención de enfermería y la evolución de la propia actividad hacia la profesionalización han ido parejos a estos cambios.

El breve recorrido por la historia de los cuidados nos ha permitido conocer que éstos eran ejercidos por personas casi sin formación, estaban centrados en las necesidades básicas y de acompañamiento en el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. En occidente estuvieron influenciadas por dos momentos, primero por la idea de una naturaleza humana única y dotada de una dignidad inherente que permitió justificar moralmente el cuidado del otro y convertir la actividad cuidadora en una forma de salvación. Las órdenes religiosas se convirtieron en los vehículos naturales para la institucionalización del cuidado a través de las obras de misericordia realizadas por personas cristianas laicas y por congregaciones religiosas. El segundo momento se produjo bajo la influencia de la Reforma Protestante que impulsó un cambio en el modo de ejercer la práctica cuidadora al cambiar al agente y pasar de una estructura religiosa a una estructura laica.

El inicio del desarrollo científico y tecnológico comenzó a partir del Renacimiento, pero no es hasta el siglo XIX, cuando se producirán grandes aportaciones al campo de la medicina. Esta complejidad tecnológica hace necesaria la aparición de un personal que asuma algunas tareas que hasta ese momento realizaban los médicos en los hospitales, se hace necesario mejorar su formación. Los encargados de llevar a cabo esta tarea de formación fueron las facultades de medicina y los Reales Colegios de Cirugía de la época.

En el siglo XIX aparecen los grandes hospitales públicos donde confluyen la asistencia, la docencia y la investigación y está presente la enfermería profesional motivada por el aumento de la tecnificación de la medicina y su distanciamiento del enfermo. En el siglo XX pasa a convertirse en un espacio público donde se diagnostica y trata a pacientes de cualquier clase social. El modelo implantado en él está centrado en el médico y todo hospital gira en entorno a él, servir prioritariamente al médico para que ponga en práctica todos los recursos de su ciencia con las menores limitaciones posibles.

La Enfermería teniendo una larga historia cultural y un corpus de conocimientos y técnicas, no pudo formarse en la Universidad hasta que transcurrieron siete siglos. Por esta razón, la praxis del cuidado enfermero se ha repetido de generación en generación durante siglos de historia, sin el beneficio de una educación científica y sin la adopción premeditada de modos científicos conscientes de proceder, por lo que no tiene un espacio epistemológico y disciplinar. El núcleo de su identidad disciplinar enfermera está en el discurso teórico enfermero que provee los marcos y los conceptos que utiliza la enfermería y, los principios que rigen el proceso de cuidado.

El desarrollo de la enfermería ha estado marcado por los valores sociales entendidos como propios de la condición femenina, como son la abnegación, la empatía, el cuidado de los más débiles, la moralidad impecable, la caridad y la sumisión. En el imaginario social aparece que la actividad de enfermeras es siempre como prolongación de la actividad del médico o suplementación del saber médico. A pesar de las distintas situaciones adversas, las enfermeras españolas han intentado desarrollar una profesión autónoma, obtener el mayor grado académico y poder acceder a un proceso de formación como especialistas. Sin embargo después de ser rechazadas las distintas propuestas para la Licenciatura en Enfermería, se ha conseguido en la actualidad con los estudios de Grado en Enfermería.

En la cultura enfermera hemos visto que algunas cuestiones relacionadas con el conocimiento las podemos considerar como el producto de una relación entre personas que comparten creencias, costumbres y valores y, una cultura, donde el conocimiento no es el producto de la mera observación de una realidad "encorsetada" y estable, sino el producto de esa relación intersubjetiva, entre sujetos, aunque esta relación se realice o materialice muchas veces, a través de objetos, de cosas (Blanco, 2002). En esta línea asumimos que el conocimiento enfermero es el resultado de una experiencia vital originada en los diversos ámbitos de la práctica cotidiana.

Otra de las cuestiones analizadas con influencias identitarias ha sido la aparición de un nuevo marco orientativo del ejercicio profesional, nuevos procedimientos para tareas y funciones, desarrollados con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por los profesionales. En este sentido hemos analizado alguno de los problemas que dicha situación propicia como es la insatisfacción laboral y *burnout*. También hemos visto que la realidad asistencial confrontada con expectativas profesionales o disciplinares puede resultar problemática y hemos analizado este problema a través de tres elementos que han sido la organización, el profesional y el paciente.

De esta manera los distintos factores y actores presentados han ido ejerciendo su influencia en la construcción identitaria de la enfermería. Que junto con la imposibilidad de un desarrollo académico completo, unido a la imposibilidad real de introducir los conocimientos enfermeros a la realidad asistencial hospitalaria, seguramente, que esta situación esta afectando al proceso de construcción de una identidad profesional saludable.

Los relatos nos informan de nuestras acciones, en tanto, que acciones efectuadas e imputables a un agente reconocido que es el mismo en todos los contextos a través de los que el relato adquiere sentido, de este modo, la identidad es la presunción que nos permite proteger las propiedades relevantes del actor. A su vez, las actuaciones de la identidad complican las relaciones entre el yo y el *self*, posibilitando al actor reconocerse como un ser versátil que permanece a lo largo del tiempo. Por otra parte, a la identidad está articulada dentro de un proceso de construcción continua a través de actos de identificación concretos, convirtiéndose en la bisagra de todos los procesos de objetivación y subjetivación que modulan la compatibilidad de personas y grupos sociales, razón por la cual la identidad es una función y no una sustancia.

Actuar es siempre es un modo de identificarnos, de mostrarnos como una conjetura ante nosotros o ante los demás. En toda actuación nos colocamos una máscara que, a la vez, desvela lo que parece factible que somos ocultando aquello que no lo es. A su vez, la identidad se construye por medio de un proceso continuo y dinámico del que forman parte *actos de identificación* concretos (ver Blanco 1995), que son la base que sustenta todos los procesos de objetivación y subjetivación y permite la coexistencia de personas y grupos sociales en el seno de una cultura. De otra manera, hemos pensando los fenómenos identitarios a través de las funciones de la identidad y haciendo una clasificación de las actuaciones de identificación en actos categoriales, simbólicos y, discursivos: explicativos y narrativos (Blanco, *loc. cit.*)

La identidad enfermera la concebimos como un proceso en construcción, complejo y dinámico, configurado por elementos sometidos a continuos cambios en ese tránsito hacia la

profesionalización donde van a aparecer modificaciones sustanciales en su identidad. En otras situaciones la identidad se desarrolla sobre la percepción de la alteridad, identificarse a uno mismo al percibir que el otro es distinto. En este espacio situamos la construcción de la identidad enfermera que por un lado, está en la influencia del conflicto identitario originado en el propio ámbito del cuidado y, por otro, en los conflictos más relevantes producidos entre enfermeras, practicantes y matronas.

Es muy probable que la normativa, tanto europea como española, que regula la formación de las enfermeras no tome en consideración lo que a nosotros nos parece esencial e irrenunciable en el ejercicio cotidiano, responsable y saludable del cuidado. El tiempo que las enfermeras necesitan para impartir los cuidados individualizados a las personas que cuidan. Es casi seguro que desde instancias políticas y organizacionales no se hayan planteado esta cuestión, en palabras de Blanco (2006) del “Tempo”, en nuestra opinión, muy necesario e importante para cuidar. Generalmente, las organizaciones institucionales de salud centradas en sus múltiples procesos y dinámicas, pendientes de la inmediatez, del rendimiento en términos de producción y de la calidad, se olvidan de asignar o establecer el tiempo suficiente para que las enfermeras aplique sus intervenciones en los distintos procesos de salud y, bajo el mismo prisma, desde el cual se establecen los tiempos de otras intervenciones, también, necesarias para restablecer la salud.

Debemos añadir, que la identidad enfermera es una construcción dinámica y continua, a la vez social e individual, resultado de diversos procesos de socialización entendidos como procesos biográficos y relacionales, vinculados a un contexto (socio-histórico y profesional), particular en el cual esos procesos se inscriben.

En el siguiente capítulo, vamos acercarnos a los conceptos de representación social, a su concepción a nivel general, al significado que la sociedad otorga a la representación en general y, a las configuraciones que las enfermeras y las estudiantes de enfermería tienen de su ejercicio profesional, cómo se perciben, qué factores influyen en su socialización en el mundo académico y hospitalario y, qué bases de esa configuración “Enfermera” comparten.

CAPÍTULO 2

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ENFERMERA

2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	65
2.1.1. Los procesos de la representación social	70
2.1.2. Las funciones de las representaciones sociales	74
2.1.3. Aproximaciones a la lógica del pensamiento social	76
2.1.4. Los significados atribuidos a las representaciones sociales	78
2.1.4.1. Los significados atribuidos a la cofia	82
2.2. IDENTIDAD Y REPRESENTACIÓN	87
2.2.1. Acciones humanas y su objetivación	92
2.2.2. Socialización profesional	97
2.2.3. Socialización, profesión y mujer	102
2.3. CONCLUSIONES	111

CAPÍTULO 2

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ENFERMERA

En el capítulo anterior hemos tratado de configurar la identidad profesional de la enfermera, construida dentro de las instituciones sanitarias, dotadas con una cultura propia, donde predominan y conviven los valores sociopolíticos que han predominado en las distintas etapas históricas. En las páginas que preceden, pretendemos mostrar las representaciones que las enfermeras y las estudiantes de enfermería tienen de su ejercicio profesional, cómo se perciben como enfermeras, qué factores influyen en su socialización dentro el ámbito hospitalario, y qué bases de esa configuración “Enfermera” son compartidas por la mayoría de ellas. Por este motivo, en este capítulo daremos continuidad al concepto de identidad, cultura enfermera y otras nociones relacionadas con los conceptos de representación social y de representación de la enfermera. Antes de abordar el tema, nos parece pertinente considerar algunas cuestiones significativas como las siguientes: ¿Cómo se representan las enfermeras? ¿Cómo la representan otros profesionales de la salud? ¿Por qué resulta oportuno el estudio el estudio de la identidad y la representación social de la enfermera? En esta tesis nos hemos propuesto estudiar la representación social de la enfermera a través de dibujos por estar ligados con la identidad y representación enfermera. Nuestra mira está dirigida, en primer lugar, a estudiantes de enfermería y enfermeras por considerar que la representación identitaria de la enfermera comienza desde el inicio de su período formativo. En segundo lugar, está dirigida a médicos y odontólogos por estar estos colectivos formando parte de las Ciencias de la Salud y, por tanto, tener relación con las enfermeras. De este modo, en los

capítulos de resultados analizaremos las representaciones pictóricas y los textos que sobre la enfermera han construido los participantes (estudiantes, enfermeras, médicos y odontólogos), en nuestra investigación.

Iniciaremos este capítulo con un primer apartado (2.1) está dedicado a presentar los conceptos de representación social intrínsecamente unida a la identidad entendida como fluida, dinámica, tal y como la hemos presentado en el capítulo anterior destacando su aspecto procesual y situado que se desvía de enfoques teóricos que entiende la identidad como un producto terminado y trascendental, además, presentaremos algunos estudios que han enfatizado las representaciones sociales. El segundo. En el apartado segundo (2.1.1.) iremos mostrando los procesos por medio de los cuales se generan las representaciones sociales. En el tercer apartado (2.1.2.) está dedicado a las funciones de las representaciones sociales. En el cuarto apartado (2.1.3.) haremos una aproximación al estudio sobre el tipo de pensamiento que las personas utilizan como miembros de una sociedad y de una cultura. En el apartado quinto (2.1.4.) nos acercaremos a la corriente hermenéutica que postula que la realidad siempre opera a través de la interpretación de los actores sociales, de forma que no hay más realidad que la realidad tal y como es interpretada por las personas. En el sexto apartado (2.1.4.1.) nos acercaremos a la iconografía con el fin de mostrar algunas representaciones del cuidado. En el séptimo apartado (2.2.) mostraremos la construcción individual de la realidad social, que permite que a las personas se las incluya dentro de diferentes categorías sociales adscritas a distintos grupos sociales, en ese proceso mediante el cual la persona adquiere el conocimiento la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional, que son característicos de los miembros de una profesión. En el octavo apartado (2.2.1.) veremos las acciones humanas y su objetivación, enfatizaremos los conceptos de objetivación y anclaje, junto con la pentada dramática, por ser elementos que utilizaremos para el análisis, tanto de dibujos como de textos. En el noveno apartado (2.2.2.) veremos los aspectos relacionados con la socialización profesional. En el décimo (2.2.2.) expondremos las conceptualizaciones sobre el género y la socialización profesional de la mujer bajo las influencias de estructuras de poder masculino.

Iniciaremos el siguiente apartado presentando algunos de los muchos trabajos que sobre la construcción de las representaciones sociales, la realidad social y, su imbricación con la identidad hemos analizado.

2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

En este capítulo, trataremos de exponer las ideas que sobre las representaciones sociales consideramos, que están profundamente imbricadas con la identidad. Procesos que han generado numerosos trabajos, que con distintos enfoques tratan de construir las representaciones sociales y la realidad social, entre los que cabe señalar, los estudios de Berger y Luckmann (1984), que muestran la construcción social de la realidad como una tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Es decir, las personas asimilan la vida cotidiana como una realidad ordenada, es decir, la perciben como independiente de su propia asimilación, surgiendo ante ellas objetivada y como algo impuesto. También, cabe destacar los trabajos desarrollados por Jodelet (1988), Ibáñez (1988), Doise (1991), Marková (2000, 2003), Rodríguez (2003, 2009), y Castorina, (2001, 2004, 2006), que con distintas miradas, han planteado foros de discusión sobre la teoría de las representaciones sociales, que de alguna manera, ha favorecido su desarrollo y, por tanto, ha facilitado su comprensión. Además, debemos reseñar los trabajos de Abric (2001) y Mazzitelli y Aparicio (2010), en los que aparecen las representaciones sociales, como un todo estructurado y organizado alrededor de un núcleo central, formado por algunos elementos que le dotan de significado.

Por otra parte, en relación con la imagen de la enfermera, debemos citar el trabajo que sobre análisis iconográfico de la enfermera han desarrollado en nuestro grupo de investigación Sellan, Vázquez y Blanco (2010). Del mismo modo, debemos subrayar el trabajo realizado por Hernando, Díaz y Blanco (2011), sobre representaciones de la enfermera a través de dibujos. En este sentido, los dibujos son entendidos, en el marco de esta tesis, como los anclajes de las representaciones sociales de los participantes sobre la identidad enfermera. El interés en este análisis se debe, a que permite comprender fácilmente los elementos organizadores de la producción, es decir, el significado central de la representación producida. Además, debemos reflejar el trabajo realizado por León (2006) sobre el uniforme y su influencia en la imagen social de la enfermera. Así, como los trabajos sobre la imagen de la enfermera de (Nauderer, 2005; Takase, Maude y Manias, 2006; Heierle, 2009).

De otra manera, si bien la realidad de las representaciones sociales es fácil de captar, el concepto no lo es. Esto se debe, en parte a, algunas razones históricas, por ese motivo, en alguna medida, dejaremos que los historiadores las desvelen. Ya que, las razones no históricas se reducen a una, que es su posición “mixta” situada en la encrucijada de una serie de

conceptos sociológicos y una serie de conceptos psicológicos. En este punto es donde nos vamos a ubicar, entendiendo que el proceso tiene algo de pretencioso, pero no vemos otro camino que nos lleve a exhumar a semejante concepto de su glorioso pasado, a reactualizarlo y a comprender su especificidad.

El concepto de representación social tiene su origen en el inicio de la década de los sesenta, cuando Moscovici (1961) lo presenta. Los psicólogos sociales, anteriores a esta época, se limitaban a describir las categorías individuales personales, sin dar ningún tipo de explicación acerca de como que habían sido constituidas socialmente. Y, por otra parte, consideraban los aspectos sociales como un mero “valor añadido” a los mecanismos psicológicos individuales. En ese periodo, el pensamiento de los psicólogos estuvo influenciado por la corriente conductista, que predominó durante unas décadas. Los defensores de esta corriente, reconocían como único objeto de estudio el comportamiento manifiesto, y subestimaba otras explicaciones que estuviesen apoyadas en elaboraciones subjetivas.

Con este fin, Durkheim (1898), en su intento por crear una ciencia objetiva, que fuese capaz de analizar los aspectos diferenciadores y propios de la sociedad de esa época, tuvo que enfrentarse al individualismo metodológico, que obligaba a depender de las personas que lo componían. Desde su idea de crear una nueva ciencia social, contemplaba a la sociedad como una totalidad orgánica, donde las leyes por las que se guiase deberían ser diferentes, a las leyes psicológicas que rigen la vida propia de sus componentes. Así, la sociedad se convierte en una realidad *sui generis* (Durkheim, op., cit.), conformada por una esfera de nociones colectivas, creencias y convicciones que se la imputan en forma de representaciones colectivas.

Desde el punto de vista de este autor, el conocimiento individual no es la clave de las representaciones colectivas dado que, las acciones psíquicas individuales son exteriores, en relación con las células cerebrales de las que dependen. De esta manera, señala que las representaciones colectivas corresponden a la parte exterior de las personas, y no dependen de las personas tomadas aisladamente, sino en su conjunto, lo que es muy diferente, pues aparece la existencia de una influencia determinante de lo colectivo sobre lo individual.

De esta forma, al ser la sociedad exterior a la persona pasa a ser la que constituye su vida interior. Podemos pensar que el conjunto de sentimientos y creencias sociales, configurado por la representaciones colectivas, influye en la configuración de las formas de pensar de las personas y colectivos que conforman una sociedad. Para Durkheim son categorías cuyo origen es social, pero que se imponen al pensamiento, de esta manera, la

posibilidad misma de reconocer, clasificar las cosas, los sucesos del mundo, y su origen, está en lo social.

Desde esta visión, el concepto de representación se percibe como una noción en oposición entre el conocimiento individual y el colectivo, donde las representaciones individuales se subordinan a lo colectivo, definición que Durkheim (*op. cit.*), formuló, y a dichos procesos los llamó representaciones colectivas. De esta forma, las representaciones sociales llegan a las sociedades modernas de la mano de Moscovici (1961, 1976), que retoma la idea de que la persona no concibe los objetos sociales sobre la base de una realidad objetiva, ni de manera individual, sino sobre la base de una realidad colectiva y socialmente construida. De manera que, esta noción de representación colectiva va marcar un giro trascendental en la comprensión del pensamiento y de las prácticas sociales.

La noción de una representación compacta, que nace en una conciencia colectiva y característica de una sociedad desarrollada propuesta por Durkheim, la toma Moscovici y cambia el concepto, de suerte que lo sustituye por la idea de una representación contextualizada, construida a través de las interacciones interindividuales. Esta noción permite al sujeto social adaptarse a una realidad contemporánea, contribuyendo, al mismo tiempo, a definir los grupos que la configuran. Según esta teoría, la representación es a la vez una estructura y un proceso. De forma que, posee un contenido pero, también, una dinámica que le confiere un carácter evolutivo, donde lo que importa son las interacciones y los procesos de intercambio entre las personas, por ser en estos procesos donde se elaboran las representaciones que las confiere su carácter social.

Por otra parte, para Durkheim las representaciones colectivas son formas de conocimiento o ideación construidas socialmente y que no pueden ser explicadas como epifenómenos de la vida individual o por medio de una psicología individual. Sin embargo, para Moscovici, el concepto de representación social es diferente del concepto de representación colectiva, esto se debe, a que otorga a la representación social un carácter más dinámico que el que tienen las representaciones colectivas, entendiendo que no son sólo productos mentales, sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales. Además, no tienen un carácter estático ni determinan de manera inflexible a las representaciones individuales. De esta manera, pueden ser definidas como formas específicas de entender y comunicar la realidad, pues a la vez, que influyen en las personas, éstas las establecen por medio de sus interacciones. Es decir, que las podemos ver en la intersección de lo psicológico y lo social, modulando las relaciones sociales con sus

componentes afectivos y cognitivos guiando el comportamiento y la comunicación de las personas en el mundo social (Moscovici, 1988, Jahoda, 1998).

De otra manera, también, a las representaciones colectivas las podemos ver, como mecanismos explicativos referidos a una clase general de ideas y creencias, mientras que a las representaciones sociales Moscovici las contempla como fenómenos que necesitan ser descritos y explicados y, las define al mismo tiempo, como un cúmulo de conceptos y explicaciones originadas en la vida diaria, que surgen en el curso de las comunicaciones interindividuales. Podríamos decir, que en las sociedades actuales, se corresponde con los mitos y sistemas de creencias que la cultura nos ha transmitido. De alguna manera, podemos pensar que constituyen una versión actualizada del sentido común. De otro modo, cuando Moscovici objetiva la representación como una representación social, nos acerca a un elemento básico de su teoría, donde dice, de una forma determinada, que toda representación social se origina y modifica en las distintas interacciones sociales, principalmente, en los actos de comunicación que ayudan en el proceso de formación de las conductas, a la vez, que orienta las comunicaciones sociales.

A su vez, podemos pensar que las personas conocen la realidad en la que están inmersas, a través de las explicaciones que extraen de los procesos de comunicación, y del pensamiento social que obtienen de los objetos representados. Esto lo podemos interpretar, entendiendo que representar es hacer una configuración mediada por una figura, como por ejemplo la figura de la enfermera o del médico. En este caso las representaciones sociales, de alguna manera, estarían sintetizadas en los dibujos realizados sobre esa figura y en las explicaciones emitidas en torno a ella. La consecuencia sería, que se origina un tipo de conocimiento específico, que tiene un papel decisivo sobre cómo las personas piensan y organizan su vida diaria. Es decir, lo que sería el conocimiento colectivo de Durkheim. Lo que para Reid (1998) es la forma de percibir, razonar y actuar, en el sentido de común, es conocimiento social ya que, en alguna medida, es elaborado mentalmente por la persona que lo configura con contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos, que tienen la función de orientar ciertas conductas en el día a día. Además, orienta las formas de organización y comunicación de las personas, tanto en sus relaciones interindividuales, como entre los grupos sociales en los que se desarrolla. En nuestro estudio, lo podemos pensar, como por ejemplo, el conocimiento común elaborado en torno a la imagen de la enfermera y a su ejercicio del cuidado, es decir, todo lo relacionado con el cuidado del otro, unido a su responsabilidad, su autonomía y, formando parte de ello, también estaría, todo lo relacionado con la percepción que se tiene de ella.

Por otra parte, este modo de pensar y crear la realidad social formada por elementos de naturaleza simbólica, no sólo, es el modo de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dar sentido a la realidad social. Es decir, su fin es el de transformar lo desconocido en algo conocido, este principio de carácter motivacional para Moscovici tiene un carácter universal. De manera que, los mitos y creencias que conforman el sentido común, junto con modos de pensar y crear las realidades sociales, influenciadas por elementos de naturaleza simbólica, concretizan y configuran la representación que la sociedad en general tiene de la enfermera (Hernando, Díaz y Blanco 2010).

A las representaciones sociales las podemos concebir de otra manera, es decir, no sólo como un producto mental, sino como construcciones imaginadas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales. Vistas así, también, las podemos pensar en su dimensión dinámica y sin determinar obligatoriamente las representaciones individuales. Pudiéndolas definir como maneras específicas de entender y comunicar la realidad en la que influyen, a la vez que, son determinadas por las interacciones de las personas, y que, sin embargo, hay que tenerlas en cuenta por ser necesarias para conocer el mundo. Por este motivo, las personas construyen formas de representación que son compartidas por su entorno social y dan respuesta a una cultura concreta. Las representaciones sociales constituyen el proceso por el cual las personas establecen relaciones sociales. De manera que, podemos decir, que la forma de percibir a la enfermera y su relación con el medio social ha ido cambiando de acuerdo a cada cultura y momento histórico.

Por otro lado, en la teoría de las representaciones sociales, se presta atención a la forma en que el conocimiento socialmente compartido limita a la persona a las formas de pensamiento existentes. Es decir, ata a las personas a las creencias compartidas, favoreciendo el tránsito de representaciones relativamente consolidadas y que se mantienen socialmente implícitas, esto es, sin colaborar en su toma de conciencia, ya que su eficacia depende legítimamente de su imposición (Marcová, 1996).

En este apartado, nos hemos acercado a la conceptualización de las representaciones sociales que tienen su origen en lo social y que surgen en el inicio de la década de los sesenta, como consecuencia de la definición que Durkheim había formulado sobre representaciones colectivas. A partir de ese concepto, Moscovici las definió como representaciones sociales. Por ser fundamentales, para este psicólogo tanto las interacciones como los procesos de intercambio que en ellas se produce. Es decir, a las representaciones sociales las otorga un carácter dinámico, no las concibe sólo como productos mentales, sino que, las considera

construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales y pueden ser definidas como formas específicas de entender y comunicar la realidad. En la actualidad, las podríamos pensar formando parte de los mitos y sistemas de creencias que la cultura nos ha transmitido y, que en alguna medida, las podríamos concebir constituidas por una versión actualizada del sentido común pues cuando este autor adjetiva la representación como una representación social, nos acerca a un elemento básico de su teoría, según el cual que toda representación social ayuda en el proceso de formación de las conductas, a la vez que orienta las comunicaciones sociales.

Además, hemos visto que el sentido común, es un conocimiento social que es elaborado mentalmente por la persona que lo configura con contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos, y su función es orientar algunas conductas en el día a día. En el caso de la enfermera, este conocimiento lo observamos en la conceptualización realizada en torno a su imagen y a su ejercicio del cuidado. A su vez, éste modo de pensar y crear la realidad social, formada por elementos de naturaleza simbólica, es el modo de adquirir y reproducir el conocimiento y, tiene la capacidad de dar sentido a la realidad social. Así, los mitos y las creencias que conforman el sentido común y, los modos de pensar y crear las realidades sociales, influenciadas por elementos de naturaleza simbólica, concretizan y configuran la representación que la sociedad en general tiene de la enfermera.

También, a las representaciones sociales las podemos entender como el proceso por el cual las personas establecen relaciones sociales y, con base a ello, podemos decir, que la forma de percibir a la enfermera y su relación con el medio social, ha ido cambiando al unísono que la cultura y del momento histórico. Por otra parte, las representaciones sociales ligan a las personas con las creencias que comparten, favoreciendo el intercambio de representaciones relativamente firmes, y que se mantienen implícitamente en la sociedad.

En el siguiente apartado trataremos de mostrar los procesos que hacen posible que se generen las representaciones sociales y, a su vez, vamos a mostrar la importancia del conocimiento común así como los procesos que lo hacen posible.

2.1.1. Los procesos de la representación social

Como hemos visto, la representación social se construye a partir de la experiencia cotidiana y de las comunicaciones entre las personas, pero, a su vez, está determinada por la conducta y las interacciones sociales. De esta manera, participa en un sistema circular, donde

las prácticas y las representaciones se influyen recíprocamente (Abric, 1994), a la vez que son construidas, por medio de los intercambios causados por los objetos de la vida diaria, que brindan una estructura para la lectura de esos objetos, en función de los cuales las representaciones han sido en sí mismas elaboradas.

Las fuentes de información a partir de las cuales se construye la representación social son singulares, es decir, son elegidas sin una meta precisa, digamos un poco al azar, como por ejemplo, saberes científicos o ingenuos, creencias populares, conocimientos heredados por la tradición o producidos por la experiencia, etc. Sin embargo, los procesos que subyacen en su construcción son de naturaleza sociocognitiva que Moscovici (1961) los formuló como procesos de objetivación y de anclaje y, los define como:

(1) La objetivación se corresponde con un proceso esquematizado del contexto social, donde la información ha sido seleccionada de ese contexto social originario, y es reorganizada en función de criterios culturales y normativos, para formar un “núcleo figurativo” de la representación. En este proceso, se transforma el objeto abstracto en un objeto concreto, al conferir a sus elementos propiedades de una imagen concreta y significativa. A esta operación de concretización, la sigue la de naturalización, que otorga al núcleo figurativo un estatus de realidades a los ojos de las personas.

(2) El anclaje se corresponde con un proceso, por medio del cual, las informaciones nuevas son integradas en los sistemas de pensamiento que ya existían, por ejemplo, categorías de objetos anteriormente construidos (enfermera, médico, etc.). Así, se convertirán en un proceso de habituación con “lo nuevo”, donde la incorporación de la nueva información otorgará al proceso una mayor consideración al relacionarlo con el marco de referencia habitual.

Estos procesos hacen posible que se generen las representaciones sociales, y permiten que a través de ellos podamos categorizar, clasificar y poner nombre a las cosas. Transformando lo desconocido en conocido: es lo que conocemos como “objetivación”. En cambio, llamamos “anclaje” al proceso a través del cual entidades abstractas se convierten en entidades concretas y materiales, podríamos decir, los productos producidos por el pensamiento son convertidos en realidades físicas y, a su vez, los conceptos se transforman en imágenes Moscovici (1981, 1984). De la misma manera, en esta tesis los dibujos realizados por

nuestros participantes, son entendidos como los anclajes de las representaciones sociales de esos participantes tienen sobre la identidad enfermera Araya (2002).

Los mecanismos que acabamos de ver por los que se forman las representaciones sociales, también, sirven para definir a los grupos sociales, a la vez, que guían su acción, por ejemplo, a enfermeras, médicos, psicólogos, etc. De esta forma, las representaciones sociales son la manera en que nosotros sujetos sociales aprendemos el acontecer de la vida, las características del ambiente que nos rodea, las informaciones que en ese medio circulan y, a las personas de nuestro entorno más cercano o más lejano. De manera que, el conocimiento común o a una forma de pensamiento natural, como lo queramos llamar, estaría en una posición diferente al pensamiento científico. Como ya hemos comentado, sabemos que el conocimiento común es un conocimiento que está formado a partir de nuestras experiencias, tanto de la información que recibimos y transmitimos, como de los modelos de pensamiento adquiridos a través de las tradiciones, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento, en alguno de sus aspectos, es un conocimiento socialmente elaborado y, además pretende, bajo múltiples formas, controlar nuestro entorno, así como, comprender y explicar los acontecimientos que invaden el universo de nuestra vida para poder dar respuesta a las muchas preguntas que el mundo nos plantea Jodelet (1984).

En este mismo sentido, las representaciones sociales pueden ser entendidas como modalidades del sentido común, que se generan, permanecen y transforman mediante procesos comunicativos cotidianos y mediáticos. De modo que, ante un dolor o un malestar se acude al médico, ante una necesidad de cuidado a la enfermera, ante una ansiedad al psicólogo. Todos estos procesos nos hacen suponer que las personas, en general, comparten e identifican fenómenos específicos que necesitan describirlos y explicarlos, para entender y comprender esa realidad que las afecta.

Desde otra mirada, Berger y Luckmann (1991), ven la construcción social de la realidad como la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Entendemos que lo que nos transmiten, es que las personas, asimilan la vida cotidiana como una realidad ordenada, en el sentido, de percibirla como independiente de su propia asimilación, como surgiendo ante ellas objetivada y, en alguna medida como impuesta. De esta forma podemos pensar el mundo de la vida cotidiana como algo que viene dado, en el sentido de establecido como una realidad. De esta forma, el sentido común que lo configura se presenta como una “realidad por excelencia” y permite que se imponga a la conciencia presentando a las personas bajo una realidad ordenada y objetivada (Araya *loc. cit.*).

Vistas así las representaciones sociales, podemos pensarlas, como constituidas en sistemas cognitivos donde es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas. Estas concepciones suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa, tanto hacia los distintos grupos sociales, como hacia las acciones que realizan y/o los valores que se les atribuyen. Esto se debe a que han sido establecidos, en alguna medida, como sistemas de códigos, de valores, de lógicas de clasificación, de principios interpretativos y de orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, a la vez que la guían en algún sentido. Así, la conciencia colectiva se inviste como fuerza normativa en la medida que es capaz de establecer los límites y las posibilidades del modo de actuar las personas en el mundo.

En este punto, hemos analizado los procesos que hacen posible que se generen las representaciones sociales, siendo uno de ellos el “anclaje” que ha sido definido como un proceso de categorización, a través del cual, clasificamos y damos un nombre a las cosas y a las personas o de otra manera por medio de él transformamos lo desconocido en un sistema de categorías conocidas. El otro proceso es la “objetivación”, que consiste en transformar los productos producidos por el pensamiento en realidades físicas y los conceptos transformarlos en imágenes. Al igual que en esta tesis, entendemos los dibujos realizados por los participantes como los anclajes de las representaciones sociales, que esos participantes hacen sobre la identidad enfermera. También, sabemos que el conocimiento común es un conocimiento socialmente elaborado, que bajo múltiples formas pretende controlar nuestro entorno y comprender y, explicar los acontecimientos de nuestra vida para poder dar respuesta a las preguntas que el mundo nos plantea.

Por otra parte, en el análisis de las representaciones sociales como hemos podido ver, también, pueden ser entendidas como modalidades del sentido común que se generan, permanecen y transforman mediante procesos comunicativos cotidianos y mediáticos. Desde otra mirada, hemos visto que Berger y Luckmann conciben la construcción social de la realidad, como la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. De forma que, podemos pensar el mundo de la vida cotidiana como algo que viene dado, en el sentido, de establecido como una realidad. Además, podemos concebir a las representaciones sociales constituidas en sistemas cognitivos, donde es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas.

En el siguiente punto trataremos de ver las funciones que desempeñan las representaciones sociales y algunas propiedades de la realidad que percibimos.

2.1.2. Las funciones de las representaciones sociales

Tal como fue definida por Moscovici, la representación social cumple, por una parte, una función de establecer un orden en el entorno externo de las personas permitiendo que éstas lo manejen, lo controlen o, de alguna manera, se orienten en ese ambiente o entorno. Por otra, permite que los miembros de un grupo estén asignados dentro de algunas de las categorías sociales, a través, de un código que designa y clasifica los objetos de la realidad que les es común.

Por otra parte y de manera general, a las representaciones sociales se las puede concebir como organizando la experiencia, regulando las conductas y asignando un valor a los objetos (Rouquette et Rateau, 1998).

Desde otra visión Abric (1994), las percibe cumpliendo las funciones de:

- a. Función de conocimiento de la realidad a través de una codificación previa que la persona tiene y sobre la que integra la información en un marco de referencia común y en coherencia con los valores, normas y prácticas del grupo.
- b. Función identitaria, que permite la definición y la afirmación de pertenencia a un grupo, y el posicionarse respecto de los otros grupos en el espacio social compartido.
- c. Función de guía para el comportamiento de la persona o el grupo.
- d. Función de justificar las opiniones y las acciones, respecto a los objetos o justificar la diferencia social.

A su vez, las representaciones sociales, también, tienen un rol que comprende el pensamiento social, donde éstas establecen un tipo elemental de la sociabilidad (Rouquette y Rateau, 1998).

En la arquitectura del pensamiento social para Rouquette (1973), por un lado, la representación corresponde a una formación cognitiva que se sitúa entre las actitudes y las opiniones, ubicadas en un nivel de organización y de estabilidad inferior, y por el otro, en la ideología, situada en un nivel estructural superior (Flament y Rouquette, 2003).

Por otra parte, podemos añadir las aportaciones de Di Giacomo (1987), que enfatiza la función práctica de las representaciones sociales por permitir regular los comportamientos grupales (intragrupo e intergrupales). También, y en relación con lo anterior los estudios de

Páez, *et. al.* (1987), ponen de manifiesto la función que ejercen las representaciones sociales a la hora de procesar la información procedente del mundo social que, a su vez, ayuda a planificar las conductas sociales. Por otra parte, Doise (1984) subraya la unión entre la representación social y los factores socioestructurales (posición, estatus, etc.) socialmente definidos. Como hemos podido ver, desde distintas concepciones se pone de manifiesto algunas de las funciones que las representaciones sociales desempeñan, como son la importancia en la comunicación, en la interacción de unas personas con otras y en la facilitación de la cohesión de los grupos sociales.

Desde otra mirada, la representación social es vista al mismo tiempo como *“pensamiento constituido y pensamiento constituyente”* Ibáñez (*op. cit.*) Como pensamiento constituido, las representaciones sociales se transforman en productos que, de alguna forma, intervienen en la vida social, serían como disposiciones preformadas que partiendo de ellas se puede interpretar la realidad. De este modo, los productos originados muestran en su contenido sus propias condiciones de producción y, a su vez, nos informan de los rasgos que posee la sociedad en la que se han constituido. De manera que, las representaciones sociales como pensamiento constituyente, no sólo reflejan la realidad, sino que intervienen en su elaboración, en el sentido de que, en alguna medida, la representación crea al objeto que representa. Es decir, no es la proyección interior de la persona de una realidad exterior, sino que es un factor *constitutivo* de la propia realidad. En este sentido, podemos pensar a la representación social como un proceso de construcción de la realidad. Esto se debe, por un lado, a que las representaciones sociales al formar parte de la realidad social ayudan a conformarla y originan una serie de consecuencias específicas. Por otro, también, ayudan a construir al objeto al cual representan. De esta manera, la representación social construye en parte su objeto, y el objeto es construido, en alguna medida, tal y como surge a través de su representación social.

Con otra forma de ver la realidad, hay autores entre ellos (Berger y Luckmann *loc. cit.*), que manifiestan que algunas de las propiedades que presenta la realidad y siendo verdaderamente componentes de la misma, se hacen subjetivas. Desde este punto de vista se entiende, que siendo componentes que configuran la realidad objetiva, a su vez, son el producto de actividades cognitivas y, de forma más general, podemos añadir, de actividades simbólicas que las personas desarrollan. Esto nos lleva a pensar, que la percepción de la realidad tal y como es, está, de alguna manera, en parte determinada por la realidad tal y como la perciben las personas. Esto significa, de algún modo, que la realidad pasa a ser el

producto de la construcción subjetiva que de la misma realizan las personas (la forma de percibir a la enfermera). Ello no quiere decir, que existan diferentes realidades porque existan diferentes maneras de tratar la misma realidad objetiva, sino que existen diferentes realidades porque la propia realidad incorpora en sí misma y, como parte constitutiva, de una serie de características que provienen de la actividad desarrollada por las personas en el proceso que les lleva a formar su propio modo de ver la realidad (Ibáñez, *loc. cit.*).

En este apartado hemos visto algunas de las funciones que pueden ser atribuidas a las representaciones sociales y como la realidad objetiva se transforma en la realidad personal bajo la influencia de su realidad subjetividad.

En el próximo punto nos acercaremos a los tipos de pensamiento que las personas utilizan como miembros de una sociedad y de una cultura.

2.1.3. Aproximaciones a la lógica del pensamiento social

Con el fin de conocer los tipos de pensamiento que las personas utilizan como miembros de una sociedad y de una cultura. A las personas se las relacionó con las cosas que las rodean, con los acontecimientos en los que están inmersas y con su vida en general. Esto ha permitido una aproximación a las leyes y a la lógica del pensamiento social, que ha dado la oportunidad de razonar sobre que hacen las personas en su vida cotidiana y sobre las categorías que utilizan espontáneamente, para dar cuenta de la realidad social percibida y construida Durkheim (1999).

Para tratar de esclarecer todos estos procesos, los investigadores entre ellos (Moscovici 1976; Abric, 1994), utilizan la teoría de las representaciones sociales como una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad. La ventaja de esta orientación, es que considera y conjuga por igual las dimensiones cognitivas y las dimensiones sociales, en la construcción de la realidad. Además, también, permite el análisis de los aspectos más relevantes elegidos en la investigación, así como, la interpretación de los resultados obtenidos.

Parafraseando a Araya *loc. cit.*, en la interpretación de la teoría de Moscovici (1991), vemos que este autor puso su acento en lo colectivo y en el conocimiento de la realidad social a partir de su construcción y a estos elementos los consideró como las partes centrales en su teoría de las representaciones sociales. Para clarificar su teoría señala que en la interacción de la persona con el objeto, no hay una única persona, sino que median otras personas, a las que

denomina *Alter* (A), que además de mantener una estrecha relación entre ellas, mantiene, también, una estrecha relación con el objeto social. Desde esta posición, Moscovici pasa de un esquema de dos, donde sujeto (S) y objeto (O) interactúan a un esquema de tres donde los otros sujetos (A) también interactúan e influyen en la relación del sujeto con el objeto. Como podemos ver representada en la Figura 1, de forma esquemática su expresión en sería, según Araya (2002):

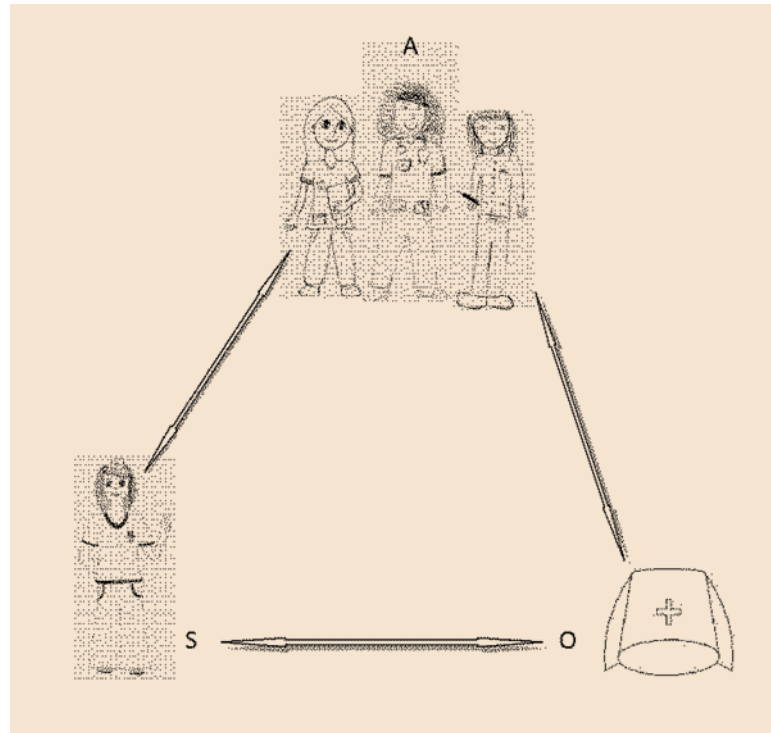


Figura 1. Esquema adaptado de la interpretación de Araya sobre la interacción del sujeto con el objeto y con el *Alter* propuesto por Moscovici.

Como se puede observar, nuestro sujeto es la enfermera y el objeto es la cofia (que la representa unívocamente) que interactúan entre sí y pasan a un esquema triádico donde las otras enfermeras *Alter*, también, interactúan e influyen en la relación de la enfermera con la cofia.

Desde esta visión, podemos pensar que el autor otorga una gran importancia a la relación de la persona con el grupo, es decir, con las otras personas. Esto se debe a que, por una parte, las personas actúan como mediadoras en el proceso de construcción del conocimiento y, por otra, que en esa relación con el objeto, bien sea físico, social, imaginario o real, es la que facilita la construcción de significados. Es decir, se parte de que el conocimiento, no es sólo entendido desde el pensamiento tradicional, o desde la existencia de un

conocimiento científico, o de un conocimiento cotidiano o del sentido común. Si no que aquí, se entiende el conocimiento, como un fenómeno complejo, generado en circunstancias determinadas y formando parte de dinámicas diversas, cuya construcción están muy establecida por relaciones sociales y culturales.

Por otro lado, a las personas se las piensa como seres pensantes autónomos, que generan y comunican constantemente sus representaciones, por tanto, son contempladas como receptoras activas, dada la función tan significativa que el *Alter* tiene en la construcción de la realidad social. Esto se debe, a que las personas al relacionarse unas con otras, en esa relación van construyendo sus representaciones, a través de observaciones, rumores, comentarios y cultura no oficial, como por ejemplo, las relaciones de las personas en las organizaciones y el modo de construir sus observaciones (Araya, 2002). De esta forma, desde la teoría de las representaciones sociales se enfatiza la importancia de los procesos de inferencia, que están presentes en la construcción de la realidad, e insiste en que la realidad, está relacionada con la lectura que se haga de ella.

En este apartado hemos tratado de acercarnos a los modos de concebir las personas los objetos y los acontecimientos que las rodean, para, en alguna medida, aproximarnos a la lógica del pensamiento social y dar cuenta, de cómo la realidad social, es percibida y construida.

También, hemos visto la importancia que tiene la relación de la persona con otras personas en la construcción del conocimiento y, además, cómo la construcción de significados está favorecida por la relación de la persona con el objeto. Además, las personas al ser concebidas como seres pensantes, no son receptoras pasivas, son autónomas que generan y comunican constantemente sus representaciones.

En el siguiente apartado vamos a presentar los postulados de la corriente hermenéutica y dentro de ella los significados que se la atribuyen.

2.1.4. Los significados atribuidos a las representaciones sociales

Desde la corriente hermenéutica se postula que la realidad siempre opera a través de la interpretación de los actores sociales, de manera que no hay más realidad, que la realidad tal y como es interpretada por las personas. Son los significados atribuidos a esa realidad los que van a constituir la como una realidad única. Ya que, solamente existe para las personas una realidad tal y como ellas la interpretan, de forma que este modo de interpretarla será la única

realidad que puede existir y, por ello, tendrá unos efectos sobre las personas. Un ejemplo, de esta situación serían qué significados se le atribuyen a la enfermera y cómo se la constituye en realidad.

Por su parte, desde la teoría de las representaciones sociales el foco de atención se dirige, también, a destacar la importancia de los significados, la función de los aspectos simbólicos, el papel del lenguaje a través del cual las personas construyen el mundo en que viven y su actividad interpretativa. Por agregar un ejemplo a nuestro análisis desde esta teoría, podemos pensar que, además de los significados atribuidos a la enfermería, debemos añadir la simbología que acompaña a la construcción de su figura. De manera que, desde estos enfoques, la teoría de las representaciones sociales y la corriente hermenéutica se cruzan y muestran algunos puntos afines, sin embargo, como hemos visto existen diferencias en el modo de construir la realidad entre las dos.

En lo concerniente a la definición de las representaciones sociales, son muchos los conceptos que tratan de definirlas. Esto se debe, a que podemos pensar que las representaciones sociales son fáciles de captar, pero no así, ya que, su definición conceptual, no permite la misma facilidad a consecuencia de la complejidad de los fenómenos sobre los que informa. Con el fin de aclarar el concepto y siguiendo la línea de pensamiento de Farr (1984), y, concretamente, en su versión sobre las representaciones sociales, donde dice que podemos percibir las representaciones sociales en los momentos de discusión de las personas sobre temas de su interés o cuando los acontecimientos elegidos son muy significativos y muy importantes para ellas, sobre todo, para aquellas personas que poseen el control de los medios de comunicación. Por otra parte, añade que las representaciones sociales tienen dos funciones, una de ellas es convertir lo insólito en natural y otra visibilizar lo invisible, es decir, mostrar las acciones realizadas atribuyéndoselas a quien, efectivamente, las realizó. Es decir, darlas un nombre e incluirlas en un grupo, ya que los extraños o los desconocidos son percibidos como una amenaza si no se tiene una clase o grupo para clasificarlos o incluirlos.

Con otra perspectiva, Farr (interpretando a Moscovici), afirma que las representaciones sociales se constituyen en sistemas cognoscitivos con una razón y una lengua propias y en ellas se recogen opiniones, imágenes, actitudes y los contenidos de las teorías o ramas del conocimiento que posee cada persona. A su vez, estos elementos son utilizados para el descubrimiento y la organización de la realidad. Por esto, las personas, en primer lugar, deberán establecer un orden que las permita orientarse en su mundo material y social, para de alguna manera, dominarlo. En segundo lugar, deben facilitar la comunicación entre las

personas de cada comunidad y para conseguirlo se la ayudan de los códigos establecidos en esa cultura. Por tanto, para facilitar el intercambio de información entre comunidades distintas, hay que crear nuevos códigos que ayuden a clasificar con claridad los diferentes aspectos de su mundo personal y social.

Otra forma de conceptualizar las representaciones sociales en las sociedades modernas, es la visión que Banchs (1986), establece sobre ellas. De manera que, al conceptualizarlas las considera como formas de conocimiento del sentido común propio de estas sociedades, que son invadidas continuamente por información que les llega a través de los múltiples canales de comunicación. Donde los contenidos de esa información, generalmente, están compuestos por la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuyo núcleo central está regulado por las normas sociales que cada colectividad tiene establecidas. Y, así, al afrontarlas tal y como se presentan en el discurso espontáneo nos ayudan a entender los significados, los símbolos y formas de interpretación que las personas utilizan respecto a los distintos objetos que están presentes en su realidad inmediata. En este sentido, Marková (1996), propone que es un núcleo resistente a los cambios y en algunos casos se muestra como impermeable a estos. Sin embargo, a las representaciones sociales, este autor las concibe formadas por elementos periféricos muy dinámicos, y elementos centrales más estables, con una relación de interdependencia entre lo individual y lo social.

Haciendo un pequeño resumen, podemos afirmar que para las personas solamente existe una realidad tal y como ellas la interpretan, de forma que este modo de interpretarla, será la única realidad que puede existir. Además, desde la teoría de las representaciones sociales, el foco de atención se dirige a la función de los significados, a los aspectos simbólicos y a la función del lenguaje, a través del cual las personas construyen e interpretan el mundo en que viven.

A pesar de todo lo anterior, las personas, además, son agentes con maneras específicas de comprender, comunicar y actuar sobre sus realidades ontológicas. De forma que, cuando comprometen su pensamiento, no vuelven a reproducirlo de manera habitual y automática, sino que lo incorporan a su esquema cognitivo. De otra manera, no sólo reproducen sus realidades ontológicas sino que se comprometen en procesos epistemológicos y como resultado de ello cambian sus realidades ontológicas al actuar sobre ellas (Marková, *loc. cit.*).

Al estudiar las representaciones sociales, en nuestro caso las representaciones de la enfermera, lo que buscamos es entender los modos de conocimiento que ella tienen de sí misma, y los que otros tienen de ella, así como, de los procesos simbólicos asociados a su

conducta. A su vez, pretendemos identificar el contexto social en el que se crean, por ser una condición inherente a la elaboración de las representaciones sociales. De esta manera, podremos analizar lazos intersubjetivos y sociales, esclarecer los mecanismos del paso de la cognición social, a la representación social, viendo el contenido que de ellos resulta, es decir, emprender el estudio de las representaciones sociales en su propio contexto viendo nuestras realidades.

Por otra parte, el estudiar la representación de un objeto social, por ejemplo, la enfermera, nos va a permitir reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social en el que está inmersa, así como, es construida por la realidad social. También, en alguna medida nos acercaremos a la visión que las personas o grupos tienen sobre un objeto determinado utilizando el sentido común, ya que como venimos diciendo, es el que las personas utilizan para actuar o posicionarse ante los distintos objetos sociales, por ejemplo ante la enfermera.

En este punto, hemos visto como la teoría de las representaciones sociales y la corriente hermenéutica se cruzan y muestran algunos puntos afines, sin embargo, existen diferencias en el modo de construir la realidad entre las dos. De manera que, la primera concede importancia a los significados, a la función de los aspectos simbólicos y, al papel del lenguaje por medio del cual las personas construyen el mundo en que viven. En cambio, para la segunda es la realidad la que opera a través de la interpretación de los actores sociales, de forma que no hay más realidad que la realidad tal y como es interpretada por las personas y, son los significados atribuidos a esa realidad los que van a constituir la como una realidad única.

Desde otra visión, a las representaciones sociales se las percibe como elementos, que al afrontarlas tal y como se presentan en el discurso espontáneo, nos ayudan a entender los significados, los símbolos y, las formas de interpretación que las personas utilizan, para referirse a los objetos que están presentes en su realidad inmediata. En este sentido, algunos autores plantean que es un núcleo resistente a los cambios y, en algunos casos, se muestra como impermeable a dichos cambios, que a su vez, están formadas por elementos periféricos dinámicos y elementos centrales más estables, con una relación de interdependencia entre lo individual y lo social.

En el siguiente apartado, trataremos de mostrar cómo los símbolos unívocos que acompañan a algunos objetos o sujetos, entendidos, en el mismo sentido del que venimos hablando, les confieren cierta *identidad sólida*, como ya vimos en el capítulo uno, planteada

por el sociólogo Zygmunt Bauman (1999). Retomaremos, algunas de estas ideas, para presentar uno de esos símbolos que acompañan a la enfermera en su representación y, que, de alguna manera, forman parte del imaginario social, desde el cual, se configura la representación de la enfermera.

2.1.4.1. Los significados atribuidos a la cofia

La iconografía nos va a permitir hacer un análisis de las formas y de los contenidos de pinturas y fotografías, que, a lo largo de la historia, han reflejado la figura de la mujer cuidadora, bien, como madre o monja o enfermera, dependiendo del momento histórico y el pensamiento filosófico (moral, humanístico o funcional), de cada época. Sin embargo, en el análisis iconográfico de la enfermería, hemos encontrado dificultades para establecer un punto de origen, a partir del cual, se pueda apreciar claramente el ejercicio de la enfermería (Sánchez, 2005).

A pesar de ello, desde un punto de vista filosófico, podríamos decir, que fue la enfermedad la principal razón de ser del cristianismo, entendida, por una parte, como liberación de los males corporales y, por otra, como un castigo divino y, es aquí, donde se encuentran los fundamentos iniciales de la actual enfermería. Dado que, en las doctrinas de Cristo, que el cristianismo propugnaba, se consideraban cuestiones fundamentales, el amor fraternal, el altruismo y la caridad hacia los enfermos y desvalidos, por lo cual, las personas que practicaban dichas cuestiones, las ponían al servicio desinteresado de la humanidad y, de alguna forma tenían la creencia de recibir un premio divino por ello. A su vez, estas virtudes, también, se recogían en las llamadas obras de misericordia, que con una intención moralizadora se repetirían habitualmente en algunas parábolas. Un ejemplo, de expresión de la caridad humana lo podemos ver recogido en la Figura 2.

Un bello ejemplo es este detalle de la **Caridad romana**, de Baburen, que actualmente se conserva en el York City Art Gallery.



Figura 2. *Caridad romana*, de Baburen (York City Art Gallery). Adaptación a partir de Sánchez (2005).

Independientemente de la pintura cristiana, en algunos tratados médicos de la Edad Media, también, se pueden encontrar dibujos cuyas ilustraciones corresponden a escenas del cuidado humano y de la curación. No obstante, a partir del siglo X, coincidiendo con la proliferación de distintas órdenes religiosas, es cuando con mayor fuerza aparecen las representaciones pictóricas sobre el cuidado. Los temas principales de estas representaciones tenían relación, desde los ritos funerarios, a acciones ejercidas por los sanadores, hasta reflejar el cuidado a los heridos de guerra.

Por otra parte, fue apareciendo la necesidad de aumentar el número de hospitales, que coincidió con la disgregación de las órdenes religiosas y, la escasa formación del personal que desempeñaba labores de enfermería, provocaron una desconfianza generalizada en la sociedad hacia los hospitales. Esta situación, generó una gran necesidad de personas que impartiesen cuidados, como ya hemos comentado en el Capítulo 1 de esta tesis doctoral. Con el fin de hacer frente a dicha necesidad, se reclutaron como enfermeras a mujeres de la calle, que encontraron en la oferta una forma de salir de la situación social y laboral penosa, en la que se encontraban.

Posteriormente, con el fin de diferenciar a estas mujeres y reconocerlas como personas dedicadas al cuidado de los enfermos, los movimientos reformistas de la escuela de enfermeras propugnada por Florence Nightingale en Inglaterra, retoman uno de los símbolos

de la época cristiana y lo imponen. De manera que todas las mujeres, para dedicarse al cuidado, debían llevar una cofia o toca sobre el pelo. Así, este símbolo de color blanco, debía llevarse, principalmente, por las noches cuando se acudía a curar a los enfermos a su domicilio. A través de él, de alguna manera, el gremio de la enfermería recuperaría, de nuevo, la confianza de la sociedad. De esta forma, en Inglaterra durante la época victoriana, sobre todo, era común representar a la mítica enfermera con una cofia resplandeciente, e incluso, con la misma imagen, que en la época cristiana se daba a algunas santas de la curación. Así, la enfermería, desde sus inicios, estuvo acompañada por una simbología propia que la caracteriza, con un significado que ha impregnado a la sociedad, en general, y que, de algún modo, permite interpretarla y comprenderla (León, 2006).

En relación con este símbolo (cofia), Blanco (2002) nos dice que la iconografía no está obligada a expresar fielmente la realidad, sino que intenta representarla, acentuando, de alguna manera, los rasgos característicos del sujeto u oficio representado (en este caso a la enfermería). De esta manera, la iconografía se comportaría como una parodia que exagera, desfigura y paraliza, los aspectos positivos de algún rasgo identitario (ya sea, físico, psicológico, profesional), determinado de la figura representada, en nuestro caso de la enfermera, con el fin de mostrar aquello que la hace inconfundible o que nos permite diferenciarla. Así, el dibujo realista y convencional conlleva un esfuerzo de elaboración teórica de la figura representada (enfermera, médico, estudiante) y pone en juego una conjetura establecida sobre el rasgo que mejor la especifica, hasta el punto de que, en algunas ocasiones, y como esperamos aclarar, un dibujo sobradamente inteligente nos puede revelar aspectos del objeto (de la enfermera dibujada) ocultos a la mirada habitual. En conclusión, las imágenes forman parte de los carteles expuestos que la cultura origina para reconocerse o extrañarse de sí misma y constituyen un medio decisivo para el progreso de una historiografía que desee informar de la evolución de la cultura que le da sentido.

Por otra parte, las reformas que Nightingale propugnó en los hospitales ingleses se trasladaron a los hospitales de campaña donde se producían altas tasas de mortalidad, en los heridos de guerra, por infecciones. Por este motivo, aumentaron los carteles de propaganda para captar voluntarios que se enrolasen en la causa bélica de las guerras colonialistas, ya fuera, en la Guerra de Crimea, como en la hispano-americana a finales del siglo XIX, como, también, en la guerra civil española, y en las dos Guerras Mundiales del siglo XX. La industria de los carteles propagandísticos, como podemos ver en Sánchez (2005), monopolizaron la imagen de la enfermera de guerra armonizada con una cierta simplicidad, tanto de estilo, como formal y, dotada con una incuestionable carga patrioter que, a medida que fueron

pasando los años, florecieron perfiles que llegaron a adoptar el estilo *glamouroso* del Hollywood brillante, pero sin disipar el hálito de cierta candidez adquirida de la iconografía cristiana, como, también recogemos, más adelante, en el Capítulo 4 de esta tesis. Esa misma imagen, es la que ofrecían los cómics estadounidenses de entreguerras, que en sus inicios protagonizaban historias de amor. Posteriormente, se convirtieron en un arma propagandística encubierta, donde las vestimentas de las enfermeras en el frente bélico, imitaban las formas y los colores de algunos superhéroes. A su vez, la fotografía, también, fue un medio propagandístico eficaz, para la captación de enfermeras voluntarias para el frente bélico.

De igual manera, el cine del siglo XX hizo una parodia del personaje de la enfermera, como mero objeto sexual en sus películas. De la misma manera, el mudo discográfico del pop y del rock ha mostrado ese cliché de la enfermera voluptuosa y sensual. Ofreciendo una imagen estereotipada de la “enfermera sexy” que ha prevalecido hasta hoy en casi todos los medios, llegando a desarrollar un subgénero en el ámbito de la pornografía (ver Sánchez, 2005). De tal forma, que en la actualidad si utilizamos uno de los sistemas de comunicación masivos como es Internet, tecleamos “enfermera” en Google y buscamos en imágenes, no debe sorprendernos, la gran cantidad de representaciones que nos ofrece, con un contenido muy variado, sobre la imagen de la enfermera.

Desde otra mirada, por formar parte de esa iconografía y atuendo con el que se ha representado a la enfermera, y siguiendo a Sellán, Vázquez y Blanco (2005), vamos a hacer una pequeña mención sobre el uniforme de las enfermeras, que como veremos en el capítulo VI de resultados, tanto los estudiantes de enfermería, como las enfermeras que participan en nuestro estudio, dicen de él, que debe ser adecuado y cómodo para trabajar. Además, consideramos que dicha prenda, ha desempeñado y desempeña una función sencillamente práctica y, a su vez, ha recogido, y recoge, un reflejo de los diferentes atributos que se han ido otorgando a las enfermeras, y, de la misma manera, lo podemos hacer extensible, en general, a las mujeres de nuestro país. Por otra parte, los símbolos que le acompañan son elementos que configuran los arquetipos y estereotipos que cimientan un mecanismo cognoscitivo que, en alguna medida, participa en la construcción del conocimiento y funcionamiento de la memoria, ya que, actúa como un mecanismo eficiente en el aprendizaje con el que construimos la realidad contextual. Este mecanismo, está formando parte de la estructura mental que proporciona la elaboración de formas culturales y cuyo significado procede de ese contexto en el que está sumergido (Bartlett, 1995).

Además, los cambios acontecidos en la imagen de la enfermera, que se han ido produciendo a lo largo de la historia, reflejan, a la vez que sancionan, las distintas formas de distribuir el poder que en cada período histórico ha prevalecido, como podemos ver en Sellán, Vázquez y Blanco (2005). Indudablemente, la imagen de la enfermera visibiliza, ostensiblemente, la manera en que la enfermera se comporta y se muestra públicamente, y adquiere sentido, a través de las estructuras de poder que han estado vigentes en cada período histórico. Lo que, de alguna manera, nos lleva a pensar que la iconografía regula, equipara y sanciona las representaciones sociales de la identidad enfermera, donde la propia enfermera, forma parte de esa cultura en la que cobra sentido.

Bajo otro prisma, se ha analizado la imagen de la enfermera que se transmite a través de la prensa y han encontrado, que la imagen proyectada es de alguien no identificado, que aparece diluido en el grupo o asociado a otra profesión Heierle, (2009). En este sentido, Takase, Maude y Manias (2006) manifiestan que las enfermeras solamente son consideradas como grupo profesional dentro del hospital o del centro de salud, fuera de estos ámbitos dejan de existir. Es decir, en algún sentido, esa imagen transmitida es la de unos profesionales ejerciendo papeles secundarios, sin identidad profesional y, ni siquiera, aparece la función que las enfermeras ejercen como grupo profesional (Heierle, *loc cit*). Estamos de acuerdo, en cierta medida, con autores como (Nauderer, 2005; Heierle, 2009) cuando manifiestan, que lo relevante sería mejorar, por un lado, la imagen que la sociedad tiene de las enfermeras y, a su vez, la imagen que las enfermeras tienen de sí mismas.

Con este recorrido sobre los símbolos que han acompañado y acompañan a la representación de la enfermera, hemos pretendido conocer y comprender, tanto el origen de estos símbolos, como los valores que se les ha atribuido o atribuyen en las distintas épocas e, implícitamente en la actualidad, sin estar presente de forma concreta la cofia. Dichos atributos (caridad, cercanía, amor, entrega hacia la persona cuidada), también, los podemos ver en el trabajo de Hernando, Sellán y Blanco (2012) realizado con enfermeras de hospitalización y de atención primaria, donde se muestra que las propias enfermeras, esperan que las enfermeras los tengan para dar cuidados.

El alcance identitario de elementos del uniforme enfermero como la cofia queda patente tanto en los resultados de nuestro estudio, como en los de algún otro trabajo en avance que se están llevando a cabo en nuestro grupo. Particularmente interesante resulta, en este sentido, el trabajo llevado cabo por Charo Jiménez (como TFM) sobre representación de niños hospitalizados crónicos, qué al pedirles que dibujen a una enfermera, la dibujan con cofia sin haber visto nunca a una enfermera con ese símbolo. Lo que nos lleva de nuevo a

decir, qué, cuándo pedimos a alguien que dibuje una figura concreta, en nuestro estudio, también, a una enfermera, el participante la va a dibujar, en alguna medida, dotada de los elementos que facilitan o se ajustan a la comprensión de quién se lo ha pedido. Para explicarlo de otra manera, lo podemos ver el componente declarativo del dibujo, que como sabemos representa el anclaje de la representación social y varía en función del escenario de la dramática para quién se postula.

En el siguiente apartado trataremos de acercarnos a la representación profesional, en nuestro estudio a la enfermera, desde el concepto de la construcción individual de la realidad social; entendida como la que permite a la persona incluirse dentro de diferentes categorías sociales adscritas, a su vez, a distintos grupos sociales.

2.2. IDENTIDAD Y REPRESENTACIÓN

Algunos conceptos sobre identidad que vamos a presentar en este apartado, han sido desarrollados en el capítulo I de esta tesis, dichos conceptos los volvemos a tomar, para situar al lector, en ese marco de identidad y representación que seguidamente abordaremos. Con este fin comenzaremos, por el concepto de la construcción individual de la realidad social, por permitir que a las personas se las incluya dentro de diferentes categorías sociales, que, a su vez, están adscritas a distintos grupos sociales. Esto se debe, a que están constituidas a modo de principios que determinan e inciden sobre la construcción de esa realidad social. De manera, que generan visiones compartidas de la realidad, e interpretaciones muy similares de los acontecimientos, de tal forma, que podemos pensar, que la realidad de la vida cotidiana se construye intersubjetivamente en un espacio compartido. Para que esto ocurra, es necesario que se den procesos de interacción y comunicación, mediante los cuales, las personas puedan tener experiencias participadas con otros, es decir, que las personas trabajen juntas y se sientan unas a otras, como por ejemplo, grupos de trabajo, amigos, colectivos, etc. En estas circunstancias, la posición social y el lenguaje adquieren un papel importante, a la hora de transmitir el conocimiento socialmente construido y transmitido generacionalmente. Dichos conocimientos se encuentran en la cultura, donde las personas están sumergidas, y tienen que ver con la posición que ocupan en la estructura social, y con las experiencias reales a las que se enfrentan en el día a día. Estas situaciones, a su vez, van a influir en su forma de ser, en su identidad social y en la manera de percibir el contexto social (Araya, 2002).

Desde otra perspectiva, Goffman (1981), en una sus ideas de sobre los distintos perfiles de la identidad, y sobre la manera que tienen las personas de presentarse a sí mismas, opina que va a ser distinta según las circunstancias en las que se encuentren. En el sentido de que la representación que la persona hace de sí misma, también, va a estar bajo la influencia del interlocutor o de las personas con las que interacciona (interlocutores). Bajo este prisma Émile Durkheim distingue entre representación individual y la personalidad social. Podemos decir que hace una distinción entre el “agente” instituido por un soporte biopsicosocial y material y el “protagonista”, entendido, como la imagen que la persona tiene de sí misma y, a su vez, transmite (Wolf, 2000). Si entendemos la identidad de esta manera, la podemos pensar como una ganancia intersubjetiva que emerge, tanto por, los pactos interacionales, como por las presentaciones estratégicas que la persona ejecuta (Rasskin, 2012). En relación a las estrategias, podríamos señalar las de “*crossing*” dado que, a través de ellas los agentes sociales deciden resaltar algunos rasgos de los que va a poner en escena, ya sean, relacionados con el lenguaje o con el atuendo que adscribe a la persona a una categoría social o profesional dada (Bucholtz, 1995; Rampton, 1995), en el primer caso, una de sus funciones sería distinguirse en un ámbito social determinado y, en el segundo, la percibimos formando parte (miembro), por ejemplo, de un grupo profesional. alguna de estas propuestas las cogeremos prestadas para el análisis de los dibujos que sobre la representación de la enfermera han realizado nuestros participantes y que mostraremos en el capítulo 4.

Como se puede intuir, esta postura teórica nos conduce a la búsqueda de formas coherentes de definir lo que uno es en cada momento, en situaciones concretas, posibilitando, una noción más dinámica y contingente de la identidad, propia de una concepción postmoderna. Esta postura añade una dimensión temporal, cambiante a lo largo del tiempo, y su interés se centra en el análisis de trayectorias, interacciones y *networks*; se trata de una concepción dialógica y relacional, es decir, susceptible de cambio según los interlocutores y la situación de enunciación (Goffman, 1981). Esta última postura incorpora el giro narrativo de finales de los setenta y principios de los ochenta en los estudios de identidad (Bruner, 1991). En este sentido, Bruner propone a la narrativa como una alternativa para el estudio de la construcción social de la identidad, además, alude que cada persona puede entender su propia vida sólo a partir de una suma de historias de las cuales es su protagonista, narrador e incluso auditorio. Es decir, la persona y la cultura se forman mediante el mismo proceso narrativo, de esta manera, se convierte en objeto de estudio de la identidad el contenido de lo narrado y, también, la forma que adquiere lo narrado.

De la misma forma, respecto a los estudios sobre representaciones sociales e imagen de la enfermera, destacan los trabajos desarrollados, principalmente, sobre representaciones sociales en el campo de psicología social. Debemos recordar, como ya hemos visto anteriormente, que fue Moscovici (1979, 1984), quien propuso el concepto de representaciones sociales; concepto que se ha ido desarrollado hasta alcanzar el nivel de influencia que actualmente detenta en las ciencias sociales. Esto se debe, a que ofrece un marco explicativo sobre los comportamientos de las personas estudiadas, que no se ciñe a las circunstancias particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras más amplias, como, por ejemplo, las estructuras de dominio y de dependencia.

De la misma manera, vamos a tener en consideración los estudios de Araya (2002), en los que, aparte de analizar en profundidad la teoría de las representaciones sociales, como hemos visto anteriormente, nos aporta su visión sobre los mecanismos de objetivación y el anclaje de las representaciones sociales. En el primero, muestra la forma en que los saberes y las ideas, acerca de determinados objetos, entran a formar parte de las representaciones sociales. En el segundo, da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales, proceso que permite crear categorías y significados. Por este motivo, como ya hemos comentado, vamos a utilizar el proceso de anclaje en el análisis de los dibujos de nuestro estudio, al entender que los dibujos son los anclajes de las representaciones sociales de los participantes sobre la identidad enfermera. En la Figura 3 presentamos cuatro formas de representar a la enfermera por los participantes en nuestro estudio.

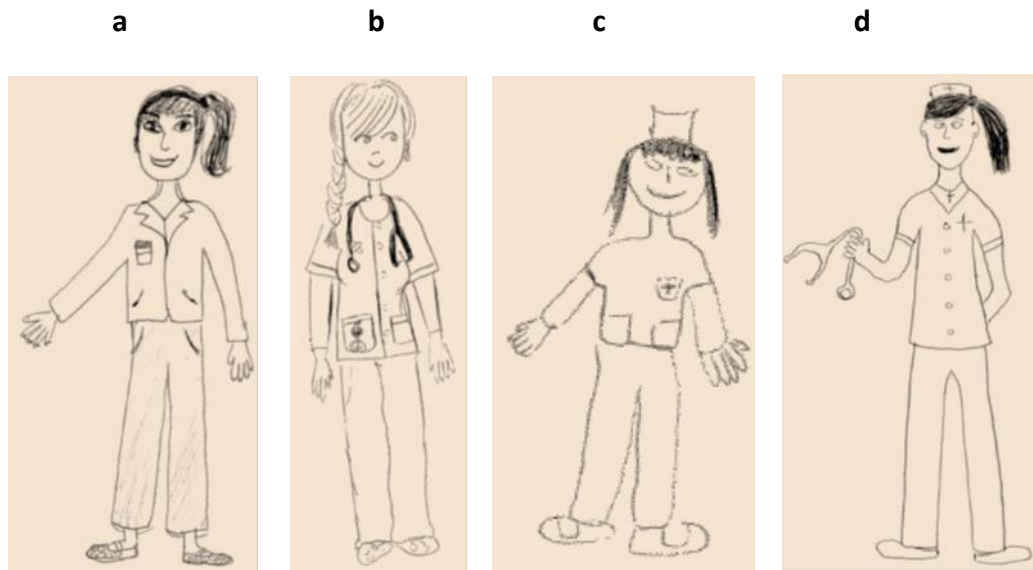
Imágenes:

Figura 3. Cuatro formas de representar a la enfermera los participantes en nuestro estudio.

Pero, a su vez, este enfoque constituye una de las entidades teóricas de esta tesis. Así, la gramática de motivos funciona en el análisis, por ejemplo en el caso de estas cuatro enfermeras representadas, al ayudarnos a discriminar unas imágenes de otras. En el sentido, en que estos dibujos pueden ser leídos en el anclaje de su representación, de manera, que en la imagen **a** frente a la imagen **d**, podemos ver diferencias. En la primera está presente el pijama y el pelo recogido, elementos que configuran a la enfermera actual, que podríamos interpretar como el anclaje de su identidad, pero siendo así, no queda claro que sea una enfermera para un grupo generalizable de la población. Sin embargo, la cuarta imagen, que, también, llevan pijama y el pelo recogido, porta además cofia, en alguna medida, este último elemento la confiere una identidad unívoca, que va a ser interpretada cómo enfermera por una mayoría de la población. Estos conceptos los tomaremos en los capítulos de resultados, pues nos van a ayudar a interpretar los dibujos que han realizado nuestros participantes. En este sentido, podemos decir que el dibujo que han representado los participantes en nuestro estudio, se han realizado, en alguna medida, para que la persona que se lo ha pedido, vea a una enfermera. Es decir, entendemos que estas representaciones, son representaciones de la identidad enfermera, realizadas para que el otro interprete, lo que quiere representar.

De otra manera, para Castorina (2007), las representaciones sociales proporcionan un marco que puede ser utilizado para interpretar los fenómenos que nos rodean, ya que incluso, de un modo u otro, determinan la percepción y las vivencias de cada persona -así, por ejemplo, los cambios culturales, los modos de concebir la salud y la enfermedad, cambios en los estilos

de vida, etc., y, sobre todo, corrientes de pensamiento y difusión de nuevos conocimientos que originan transformaciones o vivencias subjetivas propias de la persona- a la vez que desarrolla categorías para su comprensión como objeto de conocimiento.

De esta manera, mientras ciertos autores que aceptan que la realidad varía con las personas, entre ellos Ibáñez (1988), ese consenso empieza a disiparse cuando el análisis se refiere a las propiedades objetivas de esa realidad estudiada. Esto se debe, a que dichas propiedades pueden ser reconstruidas de forma incompleta y sesgada por los agentes sociales, en función de sus intereses, de la posición que ocupan en la sociedad, de sus experiencias personales adquiridas en una cultura organizacional y, de las influencias que dicha cultura haya ejercido sobre ellas. De esta forma, la realidad objetiva se transforma en la realidad personal, que influenciada, a su vez, por su realidad subjetiva, de alguna manera, altera la concepción de la realidad percibida. Este proceso responde asimismo a determinaciones que, también, se pueden perfectamente objetivar. Desde estos planteamientos, Ibáñez (*loc. cit.*) mantiene que la realidad cambia con las personas y, admite, que es en el modo de conocer la información obtenida de la realidad objetiva, donde reside el mecanismo responsable de la existencia de realidades plurales.

Desde esta posición, podríamos contemplar a las representaciones sociales como entidades casi tangibles, que circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. Donde la mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas. Sabemos que corresponden, por una parte, al núcleo simbólico que participa en su elaboración y, por otra, a la práctica que produce dicho núcleo. De la misma manera, que a la ciencia o a los mitos, les corresponden a una práctica científica y mítica.

A lo largo de este punto, hemos presentado el concepto de la construcción individual de la realidad social, que permite que a las personas se las incluya dentro de diferentes categorías sociales y, a su vez, adscritas a distintos grupos sociales. Dichas categorías están constituidas a modo de principios, que determinan e inciden sobre la construcción de esa realidad social.

Otra de las ideas que hemos visto, está relacionada con los distintos perfiles de la identidad y con la forma que tienen las personas de presentarse a sí mismas, que va a ser distinta según las circunstancias en las que se encuentre. En el sentido de que la representación que la persona hace de sí misma va a estar bajo la influencia del interlocutor o

de las personas con las que interacciona (interlocutores). Desde esta idea podemos diferenciar entre representación individual y la personalidad social.

También, la narrativa propuesta por Bruner, como hemos visto, puede constituir una alternativa para el estudio de la construcción social de la identidad. Donde el individuo y la cultura se forman mediante el mismo proceso narrativo, donde el objeto de estudio de la identidad es el contenido de lo narrado y la forma que adquiere lo narrado.

Además de analizar en profundidad la teoría de las representaciones sociales, también, hemos analizado sus mecanismos de objetivación y del anclaje. En relación a la objetivación hemos visto que nos muestra la forma en que los saberes y las ideas sobre determinados objetos entran a formar parte de las representaciones sociales mientras el anclaje, en cambio, incide en las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales, proceso que permite crear categorías y significados. Por otra parte, la realidad objetiva se transforma en la realidad personal, que influenciada por su realidad subjetividad, de alguna manera, altera la concepción de la realidad percibida. Desde estos planteamientos, Ibáñez mantiene que la realidad cambia con las personas y admite que es en el modo de conocer la información obtenida de la realidad objetiva donde reside el mecanismo responsable de la existencia de realidades plurales.

En el siguiente apartado, mostraremos las acciones humanas desde el punto de vista que Kenneth Burke las plantea: cualquier acción puede ser objetivada y trasformada en elementos analizables. Pero, a su vez, veremos, que este enfoque constituye una de las entidades teóricas de esta tesis.

2.2.1. Acciones humanas y su objetivación

Vamos comenzar este apartado afirmando que las acciones humanas están inmersas en las actividades sociales, vinculadas a los motivos iniciales que las crean, y a su vez las guían. De manera, que son siempre significativas, y adquieren significado cuando se la relaciona con unos ejes sistematizados, que forman la generalidad propia de una cultura, en un momento dado, o en un lugar determinado. Además, las podemos definir predicando de ellas que toda forma de acción es una configuración de la “acción dramática”.

Avanzando en esta dirección, podemos comprender a Burke (1969), cuando plantea que cualquier acción puede, de algún modo, ser objetivada y trasformada en elementos analizables. A nuestro entender, lo que este autor manifiesta es que las tres dimensiones de la

acción (cognoscitiva, afectiva y volitiva), se pueden separar y constituirse de nuevo, para objetivarse con el transcurrir de la historia de la persona. En este sentido, Blanco (2002) afirma que: *“la tarea de la filosofía es liberar al hombre de su mala conciencia indagando en las condiciones históricas de ese ejercicio de objetivación permanente”* p.121. Además, añade que toda forma de acción es una configuración de la “acción dramatúrgica”, “explicada” en el sentido de leída y “comprendida” o, interpretada, en el sentido de “representada” ante alguien o algo. Luego, la pentada dramatúrgica sobre la que se articula, la gramática de motivos expuesta por Burke (*op. cit.*), nos puede ayudar a comprender cualquier forma de acción posible dentro de nuestra cultura, como por ejemplo en nuestro caso a la enfermera.

A su vez, uno de nuestros ladrillos teóricos de esta tesis, está basado en la teoría de la gramática de motivos de Burke, en la que muestra cinco elementos de la pentada dramatúrgica, que articulados narrativamente pueden dar cuenta de cualquier forma de acción pensable en nuestra cultura. Esta estrategia la utilizaremos para analizar las respuestas a las preguntas formuladas sobre la enfermera. Al entender, en el mismo sentido, y al igual que Burke, que cualquier acción puede, en tal medida, ser objetivada y convertida en materia de análisis. Los elementos que configuran la pentada dramatúrgica, como ya anunciamos en el capítulo I, son: el (1) **agente** (quién es o qué responsabilidad se le atribuye en la actividad que realiza), el (2) **acto** (qué hace, nombra lo que tuvo lugar, en el pensamiento o de hecho), la (3) **meta** (el fin, qué pretende con la actividad), el (4) **modo** (cómo realiza la acción, qué medios o instrumentos utiliza), el (5) **escenario** (cuales son las circunstancias donde se lleva a cabo la actividad, la situación en que ocurrió). De esta forma, Burke plantea, que la unión narrativa de estos cinco elementos, puede mostrar, cualquier forma de acción que podamos pensar dentro de nuestra cultura. Dicho de otra manera, no hay forma alguna de imaginar la acción didácticamente, que no comprometa la imbricación de estos cinco elementos. A pesar de que Burke concibió esta expresión, como una manera de acercamiento teórico a los problemas de la literatura, en general, y del teatro en particular, objetivamente, admite, que esa idea de matriz se puede aplicar, a su vez, a las teorías formales (psicológicas, antropológicas, sociológicas), donde uno de sus referentes, es la acción de las personas. Donde, el significado de las acciones está en relación, por un lado, con el contexto -con la situación donde tienen lugar- y, por otro, con las motivaciones que llevan a actuar a un determinado actor. En esta línea, tal y como lo expresa Burke podemos entender el significado de las acciones como:

“El libro hace referencia a las formas básicas de pensamiento las cuales, de acuerdo con la naturaleza del mundo tal y como todos los hombres necesariamente lo experimentan, se ejemplifican en la atribución de motivos”.

(Burke, 1969, p. XV).

De alguna manera, también, podemos entender la idea de que toda representación objetivada de una acción, conlleva la posibilidad de ser catalogada como una unidad transitoria y significativa, donde los cinco elementos de la pentada dramática están presentes. Adicionalmente entendemos que todo enunciado de la acción es o adquiere sentido en un relato, siendo los relatos, las formas que constituyen los recintos de la experiencia. De esta manera, sostenemos que mientras con los objetos se experimenta en los laboratorios, con las acciones se experimenta en los relatos. Desde esta visión, podemos aceptar la idea, muy extendida en la actualidad, de que toda forma de identidad, es en su base, una identidad narrativa, formada por un conjunto de acciones representadas y transitoriamente organizadas en una unidad significativa y verosímil (Balbi, 2004). Al fin y al cabo, todo relato conforma una estructura singular de una teoría de la acción humana, o de algunas de sus magnitudes o pugnas básicas. A su vez, toda teoría sobre la acción de la persona conlleva hacer un balance sobre las relaciones en el tiempo entre los cinco elementos de la pentada dramática (agente, acto, meta, modo y escenario).

En un relato identitario podemos establecer un nivel de determinación que es, en este sentido, su estructura (inferida de las reglas gramaticales que utilizamos para entenderlo o para elaborarlo) y un nivel final que es su dramaturgia, podemos decir, la relación que sustenta su contenido y la teoría que traslada con el *cronotopo* (las circunstancias espaciotemporales, la cultura, en una dirección más honda) donde el relato cobra sentido. Parafraseando a Raskin (2012) al hablar de *cronotopo* lo vamos a entender en el sentido en que Bajtín (1989) lo entiende con un carácter indisoluble del espacio y el tiempo, como nociones que se pueden, incluso, objetivar para su análisis. De manera, que no sólo existe un relato para contar una historia, sino que con distintos relatos se cuenta la misma historia.

De forma que, para elaborar y descifrar un relato, y por consiguiente, para constituir nuestra identidad, disponemos de unos mediadores básicos, uno de ellos es la gramática del relato. Ésta puede ser entendida, como un conjunto de reglas que aplicadas nos permiten asegurar, que un texto determinado es un relato. En realidad, podríamos manifestar que una gramática del relato para su funcionamiento utiliza como un sistema de expectativas, que nos van indicando cuál es el orden apropiado (en el plano de la historia), de los hechos narrados y las actuaciones legales para modificar dicho orden. Así, podemos decir, que cuando las

personas actúan recurren a símbolos con los que expresan unos motivos, unas intenciones, de tal forma, que en la medida, que las personas utilicen esos símbolos, van a orientar, al espectador, la interpretación de la situación que describen.

El esquema tradicional de las gramáticas del relato, (desde Aristóteles), es “planteamiento-nudo-desenlace”, en la actualidad existen versiones sofisticadas derivadas de este esquema tradicional. En esta línea, siempre debemos tener presente la especificidad de la acción como unidad de análisis de la historia (Wright, (1974). De hecho, siguiendo a este autor, Blanco (2002) considera al silogismo práctico como la estructura mínima de la narración, es decir, un esquema de razonamiento suficiente que permite describir la naturaleza de las explicaciones en el campo de las ciencias humanas. Básicamente sería:

- (1) El agente pretende conseguir una meta concreta E.
- (2) El agente *cree* que debe realizar la acción A en el momento exacto, de lo contrario no podrá conseguir E.
- (3) En el momento exacto convergen circunstancias supuestamente *normales*:
 - a) El agente no se encuentra, ni tiene ningún impedimento ejecutar la acción.
 - b) Está en el momento exacto.
 - c) Su pretensión es firme.
- (4) En consecuencia, el agente *inicia* la ejecución de A

(Blanco, 2002, p. 135).

De esta forma, el anterior esquema debería ser seguido a la hora de dar una explicación desde las ciencias sociales y desde la historia. Desde el punto de vista de Martin (1980), no sería suficiente dar una explicación como válida, incluyendo, solamente, en el esquema la creencia del agente tal cual la cree, a no ser que previamente conozcamos la semántica de esa creencia, esto es, su manera de establecer relaciones con otras creencias o con su función en el contexto cultural de referencia (Blanco, 2002).

La comprensión narrativa proyecta y revela el relato de forma provisional, donde las intenciones y las creencias de los agentes, es decir, las premisas de la explicación, son tipificadas. El silogismo práctico es de alguna manera, una forma de explicación no limita solamente a las acciones humanas típicamente intencionales, aunque este sea el dominio en el que mejor se cumple. La razón, desde el punto de vista de Blanco, es que el silogismo práctico es la estructura mínima de la narración. Así, que habrá explicaciones intencionales, teológicas y/o antropomórficas, allí donde el valor del tiempo y la disposición de los hechos sean

importantes. Riviére (1991), decía que una de las operaciones elementales de la mente humana en general, más allá de sus determinaciones biológicas concretas, consiste precisamente, en discriminar objetos con mente. Parafraseando a Blanco, sería una operación muy determinante para la conservación del ser humano que debe estar avalada genéticamente, *encapsulada* o preservada, y ser funcionalmente autónoma, es decir, debe tener, en términos *fodorianos*, una naturaleza *modular*. De forma, que para discriminar objetos con mente hay que disponer de una mente capaz de representar a esos objetos con mente, esto es, una mente capaz de sostener representaciones de otras representaciones.

En este punto, hemos expuesto la teoría de la gramática de motivos de Burke, en la que el autor muestra cinco elementos de la pentada dramática, que articulados narrativamente pueden dar cuenta de cualquier forma de acción pensable en nuestra cultura. Al fin y al cabo, todo relato conforma una estructura singular de una teoría de la acción humana, o de algunas de sus magnitudes o pugnas básicas. A su vez, desde el punto de vista de Balbi (2004), en toda teoría sobre la acción de la persona es preciso hacer un balance sobre las relaciones en el tiempo entre los cinco elementos de la pentada dramática (agente, acto, meta, modo y escenario).

A su vez, siguiendo a Blanco (2002), entendemos que considera al silogismo práctico como la estructura mínima de la narración, es decir, un esquema de razonamiento suficiente, que permite describir la naturaleza de las explicaciones en el campo de las ciencias humanas. Así, que habrá explicaciones intencionales, teológicas y/o antropomórficas, allí donde el valor del tiempo y la disposición de los hechos sean importantes. Además, una de las operaciones elementales de la mente humana en general, más allá de sus determinaciones biológicas concretas, consiste precisamente, en discriminar objetos con mente según Riviére (1991). Se trata de una operación muy determinante para la conservación del ser humano que debe estar avalada genéticamente, *encapsulada* o preservada, y ser funcionalmente autónoma (Blanco, 2002).

En el siguiente punto trataremos de mostrar algunos aspectos que inciden en el proceso de la socialización profesional mediante el cual la persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional que son propios de los miembros de una profesión.

2.2.2. Socialización profesional

A la socialización profesional la podemos contemplar como un proceso complejo mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional que son propios de los miembros de una profesión. En ella, entran en juego la asimilación de los valores, las normas del grupo relacionadas con el comportamiento y el concepto que la persona tiene de sí mismo, Jacox (1973). En este proceso, la persona debe renunciar a los estereotipos sociales que prevalecen en esa cultura con respecto a esa profesión, para adoptar los que mantienen los miembros de su profesión. El resultado final de la socialización profesional debe ser una persona que posea las competencias técnicas, las actitudes y los valores asimilados que exige la profesión, dando respuesta, de esa manera, a lo que la sociedad espera de ella. A su vez, este proceso por el que se construye la identidad profesional está íntimamente ligado al papel social de la profesión, a su estatus y al de los profesionales que la desempeñan.

Al hilo de lo anterior, vamos a retomar los enfoques teóricos de los movimientos *postestructuralismo*, ésta corriente de pensamiento pertenece al paradigma sociocrítico. Con el fin de ofrecer otra visión sobre la naturaleza de la identidad profesional, nos ubicamos en el paradigma crítico social y en las perspectivas teóricas postestructuralistas por ser posiciones que permiten comprender a la identidad profesional como un complejo entramado histórico, social y político sometido a un proceso dinámico de construcción, deconstrucción y reconstrucción sin constituir un ente específico, biológico, psicológico, individual, estable, privado y definitorio de la profesión (Miró, 2008). Una de las piedras angulares del Postestructuralismo y de la filosofía postmodernista anterior ha sido la posición desarrollada por el filósofo y psicólogo Michael Foucault, continuador entre otros, del pensamiento de Heidegger (Fox 2000; Lupton 1994, Vahabi y Gastaldo, 2003; Valverde 1991).

Desde otro ángulo, podemos abordar a la identidad profesional como el resultado de la relación entre la individualidad de cada uno y su relación con los otros (Dubar, 1991). Para este autor, el ámbito social en el que la persona se instala, marca su identidad. Las identidades profesionales son el resultado de la interacción entre las estructuras psíquicas individuales y las estructuras sociales, a lo largo de toda la vida laboral de la persona. Si imaginamos que una persona lleva a cabo un proceso de desarrollo durante todo su período laboral, podemos admitir la existencia de un proceso permanente de construcción de la identidad (Erikson,

1972); es decir, la identidad social es profesional y está sometida a cambios y transformaciones constantes (Mendes, 2001). También, la identidad está, atada a los símbolos públicos de cada profesión y, a su vez, la sociedad reconoce y da valor a una profesión en función de los símbolos que ésta posee. Cuanto mayor sea el grado de conocimientos que posean los profesionales mayores responsabilidades se les van a otorgar (Carapinheiro, 1993).

Las identidades en el trabajo, pueden abordarse, desde el punto de vista de Sainsaulieu, (1985), las podemos ver como el resultado de un proceso de aprendizaje en el ejercicio diario la actividad profesional en una organización y dentro de una cultura de poder. Sainsaulieu, (*op. cit.*), concede a la noción de identidad un componente “el poder de las identidades construidas en base a la esfera del trabajo”. Esta noción se proyecta de manera significativa en la cultura institucional donde es ejercida la profesión de enfermería. Por ello, tanto en el espacio de formación como en el espacio de trabajo se construyen identidades. Para Dubar (1991), la construcción de la identidad se puede asociar a períodos importantes de la vida profesional, al período de la formación inicial, al período de consolidación de la identidad unida a la experiencia y al período de la identidad marcado por las responsabilidades.

Por otro lado, tal y como hemos visto en el capítulo 1, la socialización profesional de la enfermera se inicia desde el comienzo de los estudios de enfermería, es decir, desde el inicio de su formación. Los estudiantes toman contacto con el mundo laboral y van adquiriendo y desarrollando competencias en este campo -algunas de ellas están relacionadas con aprender y asimilar la cultura profesional- y deben encontrar una versión del rol profesional que sea para ellas personalmente aceptable, con el fin de integrarlo a los otros roles que como personas deben desempeñar en su vida. Es en las instituciones sanitarias donde la enfermera ha ido asumiendo ese rol profesional como propio y ha configurado una identidad, que la ha supuesto desarrollar un proceso de adaptación a esa cultura organizacional y profesional. Es lo que para algunos autores se conoce como la socialización en las instituciones (Hernando, Díaz y Blanco 2011).

En este sentido, Kelman, (1967), postuló los pasos que las personas dan en una situación social; pasos que no se excluyen recíprocamente, ni se presentan en formas puras y distintas en las diversas situaciones de la vida real, que constituyen etapas identificables diferentes:

- (1) **Conformidad** se produce cuando una persona acepta la influencia de otra o de un grupo, a cambio de tener una situación favorable. De esta manera las personas

adoptan un comportamiento inducido, no porque crean en él, sino porque les sirve para conseguir algo que quieren, como puede ser la aprobación social o un ascenso profesional.

(2) Identificación. Se origina cuando el novel adopta el comportamiento de una persona significativa para ella con el fin de ser reconocida por esa persona y poder interactuar con ella. Aquí, no entra en juego el concepto de sí mismo de la persona, sino que los valores y los comportamientos nuevos se agregan a los roles previos de la persona. De esta forma, la enfermera escoge ciertos elementos de la cultura profesional y acepta con reservas una identidad de rol que para ella es posible, tanto en el aspecto personal como en el profesional. En alguna medida, en el caso del estudiante, en esta etapa, no tiene definitivamente clara ninguna identidad.

(3) Internalización. Se produce cuando las personas aceptan la influencia porque creen en ella. La conducta profesional apropiada se vuelve parte del concepto del sí mismo y es intrínsecamente gratificante, en nuestro caso para la enfermera, que debe reconciliar las diversas normas y valores, internalizarlos. El resultado debe ser aceptable para ella y para su profesión.

(4) Interdependencia, al internalizar el rol profesional se produce una estabilidad del concepto de sí mismo, que no está reñida con la posibilidad de cambios futuros. Si se aborda una nueva especialidad o si el ambiente laboral cambia, entonces, puede producirse una modificación de valores (Friedson 1970, Bucher y Selling, 1977).

Estos cambios en la capacidad cognoscitiva de la persona y la internalización del rol profesional, originan, a su vez, cambios en su identidad personal. Esto se debe, a que la suma de los nuevos componentes de rol profesional, conformados por reacciones emocionales, afectivas y cognoscitivas, debe integrarse en la identidad de la persona. De esta forma, las fuerzas emocionales previamente adquiridas emergen, a medida que el estudiante o la enfermera novel están menos ansiosos y sienten que su confianza va en aumento. Por otra parte, si se produce una discrepancia exagerada entre la identidad previa y el ideal profesional, ello puede interferir en el proceso de socialización. Además, cuando las exigencias del rol compiten entre sí, la adhesión al rol puede llegar a ser un problema. En otro sentido, cuando el rol profesional (de enfermera) entra en conflicto con el rol tradicional de la mujer (esposa y

madre), ésta puede verse forzada a renunciar a uno de ellos o por lo menos a partes del rol. Si la adhesión al rol profesional es fuerte, es probable que la enfermera, en la medida en que obtiene un alto nivel de gratificación, siga otorgando prioridad al rol profesional. De esta forma, la persona debe aprender a diferenciar entre autonomía o “ser uno mismo” y rebelión o “*negarse hacer lo que quieren los otros*”, Cohen (1981).

Las condiciones sociológicas que influyen de forma decisiva en el proceso de socialización profesional en una organización, en nuestro caso de salud (hospital) son dos: (1) una de ellas está relacionada con las condiciones estructurales, entendidas como aquellas que están configuradas por los factores que subyacen en cualquier situación laboral, como por ejemplo, la organización, el poder, las políticas, etc., y por las reglas que especifican las relaciones entre esos factores (normas, protocolos, etc.). En este sentido, estaría la ideología del profesionalismo que juega su papel en una sociedad, sobre todo donde esta lógica profesional converge, compite, se superpone, se transversaliza con otras lógicas como la burocrática y la ocupacional (Freidson, 2001). (2) La otra se refiere a la cultura organizacional, que está configurada por los sistemas ideológicos que prevalecen en la sociedad en general y por la propia cultura de esa organización que abarca desde símbolos y ritos hasta los modos de hacer. Tanto las condiciones estructurales como la cultura organizacional configuran lo que se conoce como clima cultural de una organización (Merton 1968, Bucher y Selling 1977).

Por otra parte, las condiciones estructurales y culturales están en interacción recíproca: el clima cultural surge de las relaciones estructurales, a la vez que establece normas de comportamiento que influyen sobre el clima cultural que estructura las relaciones desde el interior mismo del sistema. En este sentido, el clima cultural, de alguna manera, va a determinar cómo se siente el profesional ante el comportamiento que se le exige en el ejercicio de su actividad.

Enlazando con lo anterior, desde la corriente crítico social que recoge una red de concepciones teóricas y metodológicas basadas en los principios filosóficos del constructivismo social (Guba y Lincoln, 2000; Montero, 2002), desde este paradigma se anuncia que las estructuras y preconcepciones sociales pueden ser fuente de opresión y marginación para muchos colectivos sociales. Por este motivo se hace necesario luchar para cambiar las estructuras de poder y del conocimiento que lo soporta y mantiene (Castel, Rendueles, Donzelot y Álvarez-Uria, 2006; Guba y Lincoln, 2000).

Es preciso tener en consideración que el contexto político y social, así como el grupo al que se pertenece, son factores decisivos en dicho proceso. Sin embargo, la identidad no depende sólo de la pertenencia a un único grupo, sino que es el resultado de la integración

sucesiva y simultánea en diferentes grupos, circunstancia lo que permite admitir la existencia de una gran diversidad de identidades o una identidad diversa. En realidad, la construcción de la identidad en el trabajo y fuera de él constituye un vasto campo de estudio que engloba a todos los individuos que forman parte de la vida laboral y en que el lugar de trabajo se muestra como un espacio vital en que, normalmente, las personas pasan la mayor parte de su vida. Tales lugares son principalmente, núcleos integrados de personas, consideradas como población activa, que intentan conseguir bienestar económico y un estatus socio-profesional.

Como hemos tenido ocasión de señalar, la enfermería ha asumido a lo largo de varias décadas una posición ligeramente inestable, como consecuencia del escaso valor que la sociedad la ha otorgado. Analizar su identidad profesional supone revisar la historia social en su conjunto, además de comprender la influencia del entorno e identificar los conflictos intrapersonales e interprofesionales, sabiendo que es una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres. En este sentido, debe reconocerse la influencia que, en alguna medida, ejerce la imagen que la sociedad tiene de la enfermera; imagen que, como sostiene Heierle (2009), está cargada de estereotipos entre los que se incluyen distintas figuras iconográficas, donde la enfermera no aparece con vida social o ejerciendo el cuidado. Por otro lado y en conexión con lo anterior, debemos puntualizar que la imagen que las enfermeras tienen de sí mismas es, en cierto modo, negativa, hecho que algunos autores como Naudere (2005) atribuyen, entre otras causas, a la falta de autonomía profesional.

Además, en la identidad de una persona, en los pasos hacia su socialización profesional, pueden influir, entre otras, sus características personales como la tolerancia, la empatía, el control emocional y la estructura de valores personales, así como la ideología, las creencias, la etnicidad, el sexo, el rol familiar y la clase social. Todas ellas van a determinar, de un modo u otro, la forma de reaccionar de un profesional ante cualquier problema o situación que se le presente.

En este apartado hemos puesto de manifiesto el resultado final de la socialización profesional, producido por la adquisición de competencias técnicas, psicosociales, actitudes y valores que exige la profesión, donde, en nuestro caso la enfermera, debe responder a lo que la sociedad espera de ella. La socialización profesional de la enfermera se inicia desde que comienza sus estudios, es decir, desde que inicia su formación, habida cuenta de que, ya desde primer curso, toma contacto con el mundo laboral y trata de encontrar una versión del rol profesional que le sea aceptable.

Los cambios en la capacidad cognoscitiva de la persona y la internalización del rol profesional han originado cambios en su identidad personal, producidos al sumarse los nuevos componentes de rol profesional, como son las reacciones emocionales, afectivas y cognoscitivas que, como hemos visto, se han ido integrando en su identidad personal.

El proceso de socialización profesional está influenciado por las condiciones sociológicas de la organización, en nuestro caso, el hospital. Una de ellas está relacionada con las condiciones estructurales y la otra por la cultura organizacional. Tanto las condiciones estructurales, como las culturales al estar en continua interacción originan el llamado clima cultural o ambiente profesional. Las normas de comportamiento establecen el tipo de relaciones estructurales, que a su vez establecen normas de comportamiento, que influyen sobre el clima cultural que es el que estructura las relaciones en el interior mismo del sistema. Por este motivo, el clima cultural determina cómo se siente el profesional ante el comportamiento que se le exige en el ejercicio de su actividad.

En el siguiente apartado vamos a mostrar la socialización de la enfermera, así como, los rasgos característicos y atribuidos a la personalidad femenina, como son los tienen que ver con la cordialidad, generosidad y ayuda.

2.2.3. Socialización, profesión y mujer

La sociedad actual espera que las enfermeras muestren en el ejercicio del cuidado una serie de rasgos, como son los que tienen que ver con la cordialidad, generosidad, compasión, entrega, sacrificio, entre otros. De hecho, estas concepciones relacionadas con las características esperadas de la enfermera, también, se espera, que las tenga por ser mujer. Son pensamientos que están firmemente incorporados a la mentalidad popular, como, también lo están, los rasgos femeninos tradicionales atribuidos a la mujer y que están relacionados con indecisión, dependencia, pasividad, emotividad, afectividad, etc.

En alguna medida, el rol de las mujeres en el ejercicio de la enfermería fue cambiado bajo las influencias que Florence Nightingale (1860) ejerció al convertirlas en profesionales del cuidado a enfermos y heridos. Tal y como acabamos de ver y hemos mostrado a través de ciertas pinceladas recogidas en el capítulo 1, mientras a los hombres se les permitía brindar esos cuidados, las mujeres que adoptaban esta profesión eran consideradas “innobles” o se les otorgaban otros atributos no precisamente acordes con la actividad que realizaban. Con el legado de Florence Nightingale, las mujeres fueron admitidas en la profesión y,

posteriormente, se fue convirtiendo en una ocupación casi exclusiva de mujeres. Frente a ello, Wilson (1971) demanda un rechazo de esta imagen y urge a las enfermeras a que cultiven el sentido de su propia identidad. Para ello, les recomienda ser independientes y distinta y les pide que cambien para modificar los roles que culturalmente les han sido atribuidos: las viejas virtudes de abnegación, cordialidad y dependencia, han de ser sustituidas por las intelectuales y por la productividad y la independencia. En alguna medida, las enfermeras la han llevado a cabo esas recomendaciones, aunque, sin olvidarse de sus viejas virtudes, han conseguido desarrollar conocimientos disciplinares, superando algunas de las muchas trabas que en el camino han encontrado.

Por otra parte, en algunos estudios sobre elección profesional, como los realizados por Cohen (1998), en los que recoge que la motivación basada en el afán de brindar atención y cuidados, es un componente de la personalidad femenina, por oposición a otras motivaciones a la hora de elegir la carrera profesional, como puede ser el interés científico, la seguridad laboral y las posibilidades de progreso profesional que son consideradas como componentes del carácter masculino. Así es, en alguna medida, las estudiantes eligen la carrera de enfermería basándose en razones tradicionales, algunas de ellas atribuidas habitualmente a las mujeres, por ejemplo, una puede ser la relacionada con la generosidad, entendida en el sentido, de querer ayudar a las personas, a la vez, que conceden gran importancia a la acción de ayudar a los demás, esta acción tiene un valor inherente a la profesión. Es interesante observar que estas actitudes humanitarias, se mantienen a lo largo de la trayectoria profesional de las enfermeras.

Tanto los investigadores como la sociedad en general, tienden a considerar que el mando, la autonomía y la profesionalidad son rasgos masculinos, circunstancia ésta que nos podría llevar a concluir que aquellas mujeres que reúnen más actitudes masculinas, son las que mejor pueden adaptarse al rol profesional de enfermeras. A propósito de esta apreciación, Stromberg (1976) halló que las estudiantes que tenían una imagen más “masculina” de sí mismas, también tenían una imagen más profesional del rol de la enfermera. En esta dirección, también coinciden los estudios de Tetreaul, (1976) quien sostiene además que las estudiantes con mayor actitud profesional hacia la enfermería, tienen una identidad del rol más activa que aquellas que muestran actitudes menos profesionales. Ello sin embargo, estas concepciones han ido cambiando sustancialmente en la actualidad de la mano de, por un lado, la motivación por adquirir y desarrollar habilidades personales y sociales durante la etapa formativa

(estudiante) y, por otro, la etapa profesional sobre la que han influido los cambios culturales y sociales producidos en torno a la concepción del rol de la mujer.

Conviene recordar, tal y como ya dejamos apuntado en el capítulo I de esta tesis, que el proceso de socialización profesional de la enfermera comienza en el primer curso de la diplomatura, cuando se inicia en la identificación de un rol ocupacional o de una profesión que “ata los cabos sueltos” de la identidad de la persona y le ayuda a integrar todas las etapas evolutivas y los conceptos de sí mismo que han precedido a esa etapa, Erikson (1950). Esta identidad laboral conduce al adolescente a la adultez.

Es el momento de preguntarse si es realmente esto lo que consigue la enfermera recién graduada al asumir su identidad profesional; es decir, si su identificación con el rol profesional le ayuda a realizar la transición desde la adolescencia a la edad adulta. En este sentido, algunos autores como Corwin, Tas y Haas (1961) o Kramer (1974) señalan que, por mucho que los estudiantes de enfermería puedan iniciar la carrera con la esperanza de que eso suceda, son pocas las egresadas que creen que el hecho de convertirse en enfermeras profesionales les ayuda a definir una identidad adulta.

Como ya hemos comentado anteriormente, la elección de los estudios de enfermería se hacía, en muchas ocasiones, basándose en algunos atributos que tradicionalmente habían sido asignados al género femenino, es decir, a roles otorgados a la condición de mujer. De esta manera, muchas de las estudiantes esperaban, sobre todo en décadas anteriores, que la profesión ocupase el segundo lugar en su elección, siendo el primero el de formar una familia y cuidar de ella. En la actualidad, y sobre todo en la cultura enfermera, revoletean ciertos vestigios de dicha concepción, que, a su vez, en alguna medida, han influido e influyen en la configuración de la imagen de la enfermera actual.

En estos momentos, siguiendo las directrices de Bolonia, los Planes de Estudio ofrecen a los estudiantes de Enfermería más autonomía e iniciativa en sus experiencias profesionales. A pesar de ello, sigue cundiendo una cierta desilusión profesional en las enfermeras egresadas. Dichos esbozos de decepción profesional han sido recogidos en algunas publicaciones que, con cierta timidez, reclaman mayor autonomía e iniciativa en el desempeño del rol de la enfermera. A la vez, en el contexto sanitario, todas las Ciencias de la Salud se encuentran frente a la necesidad de situarse ante nuevos marcos profesionales: los viejos roles asignados antiguamente tanto al médico como a la enfermera, están experimentando una transformación general como consecuencia del aumento de la especialización en la mayoría de las áreas de salud. Así por tanto, en las últimas décadas, la imagen tradicional de la enfermera

ha experimentando una transformación elemental, lo que nos lleva a pensar que su futuro será también diferente al presente.

En el mundo de la salud el ejercicio de la actividad interdisciplinar constituye un reto, sobre todo en el colectivo enfermero, que requiere una serie de condiciones que, aunque están implícitas, no siempre se dan en la praxis cotidiana. Una de ellas es la utilización de un lenguaje común, comprensible y que facilite el dialogo y la interrelación profesional, permitiendo que el médico comprenda las observaciones que hace la enfermera y, a su vez, que ésta comprenda al médico cuando éste exprese las suyas. En este sentido apunta la visión de Torralba (1998) quien defiende la necesidad de que el médico trate de hacerse comprender, utilizando un lenguaje más claro, que trascienda a los lenguajes particulares y sea comprensible para todos los actores implicados en el cuidado. Otra de las condiciones necesarias, guarda relación con el concepto de la interdisciplinariedad (invocado hasta la saciedad dentro de las instituciones sanitarias). Para que se dé, en el sentido del término, es necesario que los participantes estén ubicados en el mismo nivel de simetría en la estructura del poder. Resulta difícil que tal tesitura se produzca habida cuenta de que, históricamente, la relación entre el médico y la enfermera ha sido asimétrica en el poder, existiendo una clara irregularidad funcional toda vez que el médico ha desempeñado el papel esencial y la enfermera el papel de subordinado, Peiro (1982).

En conexión con lo expuesto y sin entrar en confrontación con ello, se ha producido un cambio paradigmático en el seno de las Ciencias de la Salud que, paulatinamente, han ido mudándose desde una orientación centrada en la enfermedad con una total dependencia médica, hasta una orientación teórica hacia la salud (Domínguez Alcón, 1986). En este espacio, las enfermeras también han tomado conciencia de la necesidad de priorizar las funciones delegadas por el médico, llevándolas al mismo nivel que se requiere para dar respuesta a los cuidados de las personas, por ser éstos de su competencia y responsabilidad. Y ello entendida la competencia profesional como la posesión del conocimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidados culturalmente aceptables.

Desde otro ángulo, debemos traer a colación algunos elementos de la cultura en las organizaciones sanitarias, sobre todo aquellos que se refieren a modelos de comportamiento socialmente transmitidos, como pueden ser las competencias, los roles, los valores, las costumbres y hábitos, que, en alguna medida, guían las actividades profesionales, y, a su vez, son difíciles de modificar. Algunos de estos elementos, como vimos en el capítulo I (cualquier

hecho socialmente organizado puede ser considerado una institución), suelen estar implícitos o explícitos dentro de esa cultura de manera consciente o inconsciente, pero con una gran repercusión en salud, la enfermedad y en el cuidado enfermero (Purnell, 2005).

Volvemos de nuevo sobre los conceptos de los movimientos “post” (*postestructuralismo*) y concretamente a la perspectiva feminista postestructuralista. Desde esta posición teórica, referente para los estudios de género, se percibe el género con una fuerte implicación en la construcción de la identidad profesional de tal forma que, en el caso de la enfermera, tanto las condiciones de género, como las relaciones de poder forman parte de su ideología (Canals, 1998; Harding, 1996; Meyer, 1998). El género articula el desarrollo profesional de la enfermera, así como el valor otorgado al cuidado tanto por las propias enfermeras como por las organizaciones hospitalarias o por la sociedad en general (Meyer, 1996).

A su vez, el paradigma de estas concepciones también anuncia el hecho de que las estructuras y pensamientos sociales establecidos previamente pueden ser fuente de opresión y marginación para muchos colectivos sociales. En este sentido, se aboga por pelear para el cambio de las estructuras de poder y por modificar la crítica del conocimiento que lo soporta y mantiene (Guba y Lincoln, 2000; Castel, Rendueles, Donzelot y Álvarez-Uría, 2006). Estos postulados, promueve también la exploración de los principios que originan creencias o la verificación del influjo de la autoridad, así como la influencia que ejercen los conocimientos que son transmitidos tradicionalmente, y la búsqueda de alternativas para determinar el conocimiento y la práctica de la profesión (Kincheloe y McLaren, 2003).

De manera que, los investigadores que se sitúan bajo este paradigma asumen que:

- a) Un pensamiento está influenciado por relaciones de poder constituidas socialmente e históricamente estables,
- b) En cambio, la relación entre concepto y objeto y, entre significante y significado nunca es estable o precisa y, frecuentemente está intervenida por las relaciones sociales,
- c) Los hechos no se pueden aislar de la influencia de los valores o desviarlos de algún carácter ideológico,
- d) El lenguaje es un núcleo central en la constitución de la subjetividad consciente e inconsciente,

- e) En la mayoría de las sociedades y organizaciones hay grupos que tienen privilegios que otros no tienen, a pesar de que las razones para tener o no tener esa franquicia pueden ser muy diversas, la opresión que caracteriza a las sociedades modernas se expresa con mayor fuerza cuando los subordinados reconocen su estatus social como natural, necesario o inevitable,
- f) La dominación tiene muchas caras, centrarse sólo en una sin incluir a las otras evita la interconexión entre ellas, y por último
- g) Las prácticas de investigación aseguradas están, frecuentemente involucradas en la reproducción de sistemas de clase, de raza y de opresión de género (Kincheloe y McLaren, 2003).

Desde esta orientación, los investigadores que comparte los anteriores postulados intentan con sus investigaciones poner en duda lo que se sabe entorno al poder, el género, el conocimiento y las prácticas profesionales con el fin reconstruir o encontrar nuevas formas de ver esas realidades (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006). En el fondo, estas investigaciones están movidas por el ánimo de descomponer la relación existente entre el discurso y el poder y la finalidad de promover cambios en las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas y de género (Dzurec, 1995; Heslop, 1997; Weedon, 1997) o, lo que es lo mismo, por lograr instituir un discurso que sea capaz de transformar la base de aquello que se ha considerado natural o admitido (Castel, Rendueles, Donzelot y Álvarez Uría, 2006; Kincheloe y McLaren, 2000).

Esta perspectiva también permite entender las relaciones de poder como elementos determinantes en la construcción y en la permanencia de los discursos profesionales. Es en estos discursos donde adquiere fuerza la igualdad de género. Como consecuencia de las proclamas sobre la igualdad de género, la sociedad debe realizar cambios importantes que conlleven la modificación de las actitudes y conductas de las personas así como la democratización de los mecanismos de promoción en las organizaciones.

Asimismo, el postfeminismo defiende que cualquier conocimiento puede considerarse adscrito a una serie de valores e intereses que generalmente responden y alimentan discursos sociales dominantes (Weedon, 1997; Nicholson, 2000). Por otra parte, desde esta perspectiva, se hace una revisión de los fines creados en la búsqueda de la igualdad entre hombres y mujeres. Adicionalmente, esta corriente de pensamiento intenta identificar la especificidad, el

valor de las habilidades y los valores femeninos atribuidos a la mujer que, en alguna medida, pueden ayudar a superar la diferencia y la hegemonía sobre la que se asienta el sistema patriarcal dominante (Weedon, 1999). De esta manera, el postfeminismo centra su atención en la mujer oprimida, así como en las relaciones de poder que repiten y normalizan estas diferencias y desigualdades (Mansfield, 2000).

Entre los autores que siguen esta corriente, está Amorós (1997) que transforma y redefine la posición de mujer y su representación social, proponiéndola como una alternativa de alteridad positiva al sujeto masculino. A su vez, esta autora es partidaria de una estrategia deconstructivista, en el sentido que Derrida (1998) la formuló, cuestiona la validación del conocimiento libre de valores y universal basado en la experiencia del hombre blanco. Es decir, en nuestro estudio, elaborar un nuevo mundo histórico en el que la enfermera pueda “ser para sí” mediante la asunción de una perspectiva libre de atavismos ideológicos, construyendo una conciencia crítica, con el deseo de que se produzcan cambios históricos. Por otra parte, lo que se pretende con esta estrategia es desmoronar un modelo binario, enganchado en la dualidad masculinidad/feminidad, donde se privilegia a uno sobre el otro, en este caso, al hombre sobre la mujer. Este nuevo modo, de percibir a la mujer en un contexto plural y cambiante, origina procesos de subjetivación abiertos, inconclusos, circunstanciales y variados. Motivo por el cual, las mujeres plantean y provocan otras subjetividades o identidades desafiando a lo masculino como valor social (Brenan, 1996; García-Selgas, 1996).

Desde esta vertiente, además, se intenta incitar a la elaboración de discursos convenientes, que estén en equilibrio con los discursos patriarcales dominantes y, que faciliten la posibilidad de producir un cambio en las relaciones de dominio, con el fin de obtener mayor igualdad y pluralidad de roles, tanto para hombres, como para mujeres (Aranda, 2006). Desde esta posición, las diferencias y desigualdades que se perciben, entre hombres y mujeres, son sociales, culturales y discursivamente construidas, es decir, no están determinadas biológicamente (Meyer, 2004). Además, el cuerpo de la mujer y sus experiencias, solamente pueden ser entendidos, por medio de los discursos que las crean, de manera que, sexo y género, son socialmente construidos (McCormick, Kirkham & Hayes, 1998).

Por otra parte, también, se promulga que, tanto las identidades atribuidas a cada género, como las subjetividades de las personas, se construyen en épocas y contextos históricos específicos (Olesen, 2000). Además, se concibe a la persona postmoderna, constituida por diferentes subjetividades, situada en ámbitos diversos, que la hacen heterogénea y versátil, según los procesos de interrelación social (Lowell, 2000; Olesen, 2000; Weedon, 1999). De esta manera, coexisten varios roles y subjetividades ligados al rol

profesional, como por ejemplo, el género, la raza, la clase, etc., que interactúan y progresan en un proceso continuo, y en un contexto sociopolítico dado.

Esta teoría, centrada en la pluralidad, facilita la discusión de la existencia de roles y sesgos androcéntricos, así como entender, presentar y transformar el entretejido jerárquico social que utiliza el poder para ocultar y apartar los discursos referentes al género (Arslanian-Engoren, 2002; Gavey, 1997; Meyer, 1996; Weedon, 1999). De la misma forma, el género modulado por nuevos discursos dominantes armoniza las identidades personales y sociales y provee de significado a las relaciones de poder. Esto se debe a que sobre los cimientos de una diferencia sexual se crean límites y se señalan contingencias que son asumidas como habituales, propias y naturales (Meyer, 1996; Stoeckel, 2000; West y Zimmerman, 2002).

La teoría feminista *postestructuralista*, es útil en el desarrollo de la teoría de enfermería, así como, también, dentro de un paradigma que otorga una perspectiva de valores y supuestos para las enfermeras, como mujeres que ejercen su actividad profesional en instituciones jerarquizadas, como son, los hospitales y las organizaciones de salud.

En este apartado, hemos tratado de analizar el proceso de socialización profesional de la enfermera, que comienza con la identificación de un rol ocupacional o de una profesión que ayuda a la persona a integrar todas las etapas evolutivas y los conceptos de sí mismo anteriores a esa etapa. De manera que la identidad laboral guía al adolescente a la edad adulta.

Además, hemos visto que en el mundo de la salud, el ejercicio de la actividad interdisciplinar constituye un reto para el colectivo enfermero, que necesita una serie de condiciones, que a pesar de estar implícitas, en la praxis cotidiana, no siempre se dan. Una de ellas, es la utilización de un lenguaje común, comprensible, que facilite el dialogo y la interrelación profesional, donde el médico comprenda a la enfermera y que ésta comprenda al médico.

A su vez, hemos resaltado algunos elementos de la cultura en las organizaciones sanitarias, sobre todo aquellos que se refieren a modelos de comportamiento socialmente transmitidos, como pueden ser las competencias, los roles, los valores, las costumbres y hábitos, que guían las actividades profesionales y resultan difíciles de modificar. Algunos de estos elementos, están implícitos o explícitos, dentro de esa cultura, de manera consciente o inconsciente, pero con una gran repercusión en la salud, la enfermedad y en el cuidado enfermero.

Hemos valorado también la importancia del cambio de paradigma ocurrido en el seno de las Ciencias de la Salud, donde paulatinamente se ha ido pasando, de una orientación centrada en la enfermedad con una total dependencia médica, a una orientación dirigida hacia la salud. Que ha permitido, que las enfermeras tomen conciencia de la necesidad de priorizar las funciones delegadas por el médico, en el mismo nivel que se requiere para dar respuesta a los cuidados de las personas, por ser éstos de su competencia y responsabilidad.

Por otra parte, desde la perspectiva feminista postestructuralista hemos analizado los estudios de género, por percibirle desde esta postura, como un elemento con una fuerte implicación en la construcción de la identidad profesional, que en el caso de la enfermería, las condiciones de género y las relaciones de poder forman parte de su ideología. Donde el género, articula el desarrollo profesional de la enfermería y el valor otorgado al cuidado, tanto por las propias enfermeras, como por las organizaciones hospitalarias, y por la sociedad en general.

Desde las concepciones de esta postura teórica, se postula que las estructuras y los pensamientos sociales establecidos previamente, pueden ser fuente de opresión y marginación para muchos colectivos sociales. En este sentido, se aboga por la lucha para el cambio de las estructuras de poder y, por la modificación de la crítica del conocimiento que lo soporta y mantiene.

También, desde este enfoque, se promueve la exploración del influjo de la autoridad, la influencia que ejercen los conocimientos que son transmitidos por las tradiciones y la búsqueda de alternativas para determinar el conocimiento práctico de la profesión. Así como, considerar las relaciones de poder como los elementos determinantes en la construcción y en la permanencia de los discursos profesionales sobre la igualdad de género. Con el fin de que la sociedad realice cambios que modifiquen actitudes y conductas, que democratizen los mecanismos de promoción en las organizaciones.

De otro modo, desde esta perspectiva se hace una revisión de los fines creados en la búsqueda de la igualdad entre hombres y mujeres y se intenta señalar la especificidad, el valor de las habilidades y los valores femeninos atribuidos a la mujer que, en alguna medida, pueden ayudar a superar la diferencia y la hegemonía sobre la que se asienta el sistema patriarcal dominante. De esta manera, el postfeminismo centra su atención en la mujer oprimida y en las relaciones de poder que repiten y normalizan estas diferencias y desigualdades, con el fin de transformar y redefinir la posición de mujer y su representación social, proponiéndola como una alternativa de alteridad positiva al sujeto masculino. Lo que se pretende con esta estrategia es desmoronar un modelo binario, enganchado en la dualidad masculinidad/feminidad, que

privilegia a uno sobre el otro; en este caso, al hombre sobre la mujer. Este nuevo modo de percibir a la mujer en un contexto plural y cambiante, origina procesos de subjetivación abiertos, inconclusos, circunstanciales y variados que hacen que las mujeres se planteen y provoquen otras subjetividades o identidades desafiando a lo masculino como valor social.

Desde esta posición, hemos visto que las diferencias y desigualdades que se perciben, entre hombres y mujeres, son sociales, culturales y discursivamente construidas, es decir, no están determinadas biológicamente, de manera que, sexo y género son socialmente contruidos. Donde, a la persona postmoderna se la concibe constituida por diferentes subjetividades, situada en ámbitos diversos que la hacen heterogénea y versátil según los procesos e interrelaciones sociales. De manera que, coexisten varios roles y subjetividades ligados al rol profesional, que interactúan y progresan en un proceso continuo en un contexto sociopolítico dado.

En otro sentido, hemos visto que sobre los cimientos de una diferencia sexual se crean límites y se señalan contingencias que son asumidas como habituales, propias y naturales.

La teoría feminista *postestructuralista* es útil en el desarrollo de la teoría de enfermería, así como, también, dentro de un paradigma que otorga una perspectiva, de valores y supuestos para las enfermeras, como mujeres que ejercen su actividad profesional, en instituciones jerarquizadas, como son los hospitales y las organizaciones de salud.

2.3. CONCLUSIONES

En este capítulo nos hemos acercado a uno de los propósitos que animan a esta tesis doctoral y que está relacionado con la conceptualización de las representaciones sociales, en nuestro caso de la enfermera, por entender que están imbricadas con su identidad, tanto personal como profesional en el sentido expuesto. Por este motivo, hemos tratado de sintetizar algunas de las concepciones de estas representaciones que, como es sabido, tienen su origen en lo social y surgieron en el inicio de la década de los sesenta a partir de la definición que Durkheim había formulado sobre representaciones colectivas. Moscovici (1981, 1984) reformuló el concepto y las denominó representaciones sociales, dotándolas de un carácter dinámico y simbólico, que se pueden entender como una forma de comunicar la realidad y que pueden pensarse formando parte de los mitos y sistemas de creencias que hemos heredado de la cultura y concebirse como una versión del sentido común. De esta

forma, el adjetivar la representación, nos ayuda en la formación de las conductas y nos orienta en las comunicaciones sociales.

Los conceptos de objetivación y anclaje que Moscovici formuló han sido retomados por Araya al sostener que estos procesos hacen posible que se generen las representaciones sociales y permiten que a través de ellos podamos categorizar, clasificar y poner nombre a las cosas, transformando lo desconocido en conocido. Es lo que se conoce como “objetivación”. Frente a ello, el “anclaje” resulta ser el proceso a través del cual entidades abstractas se convierten en entidades concretas y materiales. Ambos conceptos han sido traídos a esta tesis en el entendimiento de que los dibujos realizados por nuestros participantes constituyen los anclajes de las representaciones sociales de esos participantes tienen sobre la identidad enfermera.

Al aproximarnos a la lógica del pensamiento social para dar cuenta de cómo la realidad social es percibida y construida, nos hemos fijado en la interacción de las personas, tratando de averiguar cómo los significados presentes en esa relación construyen conocimiento con la ayuda de sus representaciones.

Con otra mirada, nos hemos aproximado a la iconografía, que nos ha permitido hacer un análisis de las formas y los contenidos de las pinturas y fotografías en las que a lo largo de la historia ha aparecido reflejada la figura de la mujer cuidadora, bien como madre, bien como monja o enfermera. Asimismo, a propósito de la cofia y siguiendo a Blanco (2002), podemos sostener que la iconografía no está obligada a expresar fielmente la realidad, sino que intenta representarla acentuando de alguna manera los semblantes del sujeto u oficio representado (en nuestro caso, la enfermera). De alguna manera, podemos concluir que las imágenes forman parte de los anuncios que la cultura produce y le sirven para reconocerse o extrañarse de sí misma, constituyendo un medio definitivo para el avance la historiografía que desea informar sobre la evolución de la cultura en la que cobra sentido.

Por otra parte, sostenemos que el proceso de socialización profesional está influenciado por las condiciones sociológicas de la organización (en nuestro estudio, la organización hospitalaria). Dichas condiciones tienen carácter estructural y cultural o cultural-organizacional. Ambas están en continua interacción, circunstancia ésta que origina el también llamado clima cultural o ambiente profesional, en que las normas de comportamiento establecen el tipo de relaciones estructurales y las normas de comportamiento influyen sobre el clima cultural, que es, en definitiva, el que estructura las relaciones en el interior mismo del sistema. Este clima cultural va a determinar cómo se siente el profesional ante el comportamiento que se le exige en el ejercicio de su actividad.

Junto a lo anterior, hemos visto hemos visto una de las entidades teóricas de esta tesis que está basada en la teoría de la gramática de motivos de Burke (1969). Este autor muestra los cinco elementos de la pentada dramatúrgica que, articulados narrativamente, pueden dar cuenta de cualquier forma de acción pensable en nuestra cultura. Vamos a servirnos de esta estrategia para analizar las respuestas a las preguntas formuladas sobre la enfermera, por entender, en el mismo sentido y al igual que Burke, que cualquier acción puede ser objetivada y convertida en materia de análisis. Asimismo, Balbi (2004) nos enseña que en toda teoría sobre la acción de la persona, hay que hacer un balance de las relaciones en el tiempo entre los cinco elementos de la pentada dramatúrgica (agente, acto, meta, modo y escenario).

Siguiendo a Blanco (2002), hemos encontrado en el silogismo práctico la estructura mínima de la narración, es decir, el esquema de razonamiento suficiente que permite describir la naturaleza de las explicaciones en el campo de las ciencias humanas, de suerte que habrá explicaciones intencionales, teológicas y/o antropomórficas allí donde el valor del tiempo y la disposición de los hechos sean importantes. Además, según Riviére (1991), una de las operaciones elementales de la mente humana, más allá de sus determinaciones biológicas concretas, consiste en discriminar objetos con mente. Para este autor se trata de una operación determinante para la conservación del ser humano, que debe estar avalada genéticamente, *encapsulada* o preservada, y ser funcionalmente autónoma (Blanco, 2002).

Con otra mirada, hemos analizado la socialización profesional de la enfermera, que se inicia con la identificación de un rol ocupacional o de una profesión y que ayuda a la persona a integrar todas las etapas evolutivas y los conceptos de sí mismo anteriores a esa etapa. También, hemos visto cómo el ejercicio de la actividad interdisciplinar en el campo de la salud constituye un reto para el colectivo enfermero, que necesita una serie de condiciones que, a pesar de estar implícitas, en la praxis cotidiana no siempre se dan. Una de ellas, es la utilización de un lenguaje común enfermero comprensible, que, a su vez, facilite el dialogo y la interrelación profesional, donde el médico comprenda a la enfermera y ésta comprenda al médico.

Además, hemos visto que las nuevas demandas sociales han generado nuevas condiciones de trabajo para las enfermeras, y, por lo tanto, nuevos modos de gestión y socialización, originando un proceso de cambio identitario. Esto obedece a que, como hemos expuesto, es en las instituciones sanitarias donde la enfermera ha ido asumiendo su profesión como propia, a la vez que ha ido construyendo una identidad profesional que le ha supuesto

desarrollar un proceso que algunos autores han llamado socialización en las instituciones (Hernando, Díaz y Blanco 2011).

De alguna manera, podemos decir que en la cultura de las organizaciones sanitarias es difícil modificar los aspectos relacionados con modelos de comportamiento social transmitidos tales como las competencias, los roles, los valores, las costumbres y los hábitos que guían las actividades profesionales por ser elementos muy arraigados en esa cultura, tanto de manera consciente como inconsciente, pero, sin lugar a dudas, con una gran repercusión en la salud, la enfermedad y en el cuidado enfermero.

En relación con la influencia del cambio de paradigma ocurrido en el seno de las Ciencias de la Salud, hemos destacado cómo se ha pasado progresivamente de una orientación centrada en la enfermedad con una total dependencia médica, a una orientación dirigida a mejorar la salud; y que, a su vez, esta concepción de la salud ha facilitado que las enfermeras tomen conciencia de la necesidad de priorizar las funciones delegadas por el médico y dar respuesta a los cuidados de las personas, al ser estos cuidados de su competencia y responsabilidad.

Desde las concepciones de la corriente de pensamiento feminista *postestructuralista*, se postula que las estructuras y los pensamientos sociales establecidos previamente pueden ser fuente de opresión y marginación para muchos colectivos sociales. Nos hemos hecho eco de este sentir y abogamos por promover un cambio en las estructuras de poder y modificar los postulados del conocimiento que lo soporta y mantiene. Trataremos de buscar la influencia que ejercen los conocimientos que nos han transmitido las tradiciones y de analizar las alternativas que determinan el conocimiento práctico de la profesión enfermera, por considerar que las relaciones de poder son elementos determinantes en la construcción y en la permanencia de los discursos profesionales sobre la igualdad de género. Esperamos que la sociedad realice cambios que modifiquen actitudes y conductas y que democratizen los mecanismos de promoción en las organizaciones.

Otra de las corrientes que hemos analizado ha sido la feminista, que ha tratado de transformar y de redefinir la posición de la mujer y su representación social, proponiéndola como una alternativa de alteridad positiva al varón y tratando de desmoronar un modelo binario, enganchado en la dualidad masculinidad/feminidad, donde se privilegia a uno sobre el otro, en este caso, al hombre sobre la mujer. En nuestra opinión, este nuevo modo de percibir a la mujer en un contexto plural y cambiante, ha originado procesos de subjetivación abiertos, inconclusos, circunstanciales y variados, que han hecho que las mujeres se planteen y provoquen otras subjetividades o identidades desafiando a lo masculino como valor social.

Desde los estudios de género hemos podido ver la gran implicación, que el género tiene en la construcción de la identidad profesional de la enfermera, al estar influenciada por las condiciones de género y las relaciones de poder. Donde el género, articula el desarrollo profesional de la enfermería y el valor otorgado al cuidado, tanto por las propias enfermeras, como por las organizaciones hospitalarias, y por la sociedad en general. Por su parte, las relaciones de poder ocultan y apartan los discursos referentes al género y, apoyándose, sobre los cimientos de una diferencia sexual, crean límites y señalan contingencias que son asumidas como habituales, propias y naturales.

En la revisión de los fines, en la búsqueda de la igualdad entre hombres y mujeres, hemos intentando señalar la especificidad del valor de las habilidades, y de los valores femeninos atribuidos a la mujer, esperando que puedan ayudar a superar la diferencia y la hegemonía sobre la que se asienta el sistema patriarcal dominante. Apoyándose en dicha estructura, la corriente feminista ha centrado su atención en la mujer oprimida y, en las relaciones de poder que repiten y normalizan estas diferencias y desigualdades de género.

Las diferencias y desigualdades que se perciben entre hombres y mujeres, son sociales, culturales y discursivamente construidas, al no estar determinadas biológicamente. Sexo y género son socialmente contruidos. Siendo así, a la persona postmoderna se la concibe constituida por diferentes subjetividades y situada en ámbitos diversos que la hacen heterogénea y versátil según los procesos e interrelaciones sociales, coexistiendo en ella varios roles y subjetividades ligados a su rol profesional, que interactúan y progresan en un proceso continuo en un contexto sociopolítico dado.

Por último, debemos decir, que en la actualidad y como parte de un proceso de crisis de identidad y representación social de la enfermera, los conceptos de identidad e imagen social de las enfermeras están siendo revisados, en relación con la construcción de una nueva identidad colectiva. Este proyecto de investigación se hace eco de este sentir del colectivo enfermero y se posiciona ante él.

En el capítulo siguiente, nos detendremos en las implicaciones que el posicionamiento teórico, desplegado a lo largo de estos dos capítulos, ha tenido para la elección de la estrategia metodológica llevada a cabo en esta tesis doctoral que, recordemos, está basada en la teoría de la gramática de motivos de Burke y en los cinco elementos de la pentada dramatúrgica (agente, acto, meta, modo, escenario) que, articulados narrativamente, pueden dar cuenta de cualquier forma de acción pensable en nuestra cultura. Además, presentaremos la descripción

de las características del trabajo de campo y de las técnicas de recogida y de producción de información utilizadas.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. OBJETIVOS	119
3.1.1. Objetivo general	119
3.1.2. Objetivos específicos.	121
3.2. METODOLOGÍA	123
3.2.1. Estrategia metodológica utilizada en el análisis del proceso de construcción de la identidad y su representación social en contextos formativos y profesionales.	126
3.2.1.1. Diseño	126
3.2.1.2. Muestra	127
3.2.1.3. Procedimiento	141
3.2.1.4. Materiales para el análisis	144

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

En este capítulo iremos explicando nuestra estrategia metodológica y reflexionando sobre las representaciones y concepciones de la enfermera, realizadas por cada uno de los participantes en nuestro estudio, incluidos en cada uno de los grupos, que nos van a ayudar a discernir, en alguna medida, la identidad enfermera. Comenzaremos con la especificación de nuestros objetivos, tanto el general como los específicos. Como ya hemos señalado, el objeto principal de análisis de esta tesis es el estudio de los procesos de identificación y configuración de la representación social de la enfermera a través de dibujos y relatos. Para su estudio hemos empleado una estrategia inspirada en la teoría de la acción dramática de Burke (1969) que nos ha permitido combinar análisis cuantitativos y cualitativos de dibujos y textos. Además, presentaremos el cuestionario administrado a los sujetos de nuestra muestra y describiremos en profundidad la muestra compuesta por estudiantes de enfermería de dos escuelas diferentes, por enfermeras de hospitalización, por enfermeras de atención primaria, por médicos y por odontólogos.

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. Objetivo general

Como venimos comentando, nuestro objetivo general de este trabajo, y como ya hemos puesto de manifiesto al comienzo de esta tesis, consiste en **estudiar los procesos de**

identificación y configuración de la representación social de la identidad disciplinar y profesional enfermera en agentes de salud. A partir de la interpretación de los dibujos y relatos, nuestro objetivo ha consistido en tratar de comprender la lógica –cómo emerge y de qué forma se construye- de la representación y los procesos de subjetivación implicados en la construcción de una identidad profesional (Barth, 1976).

Según la posición teórica adoptada en este proyecto, entendemos que las lindes que los actores sociales instauran para diferenciar a unos colectivos de otros, no existen *a priori*, sino que se definen y tratan, discursivamente en función de las desigualdades percibidas. Éstas a su vez, se podrán modificar a lo largo del tiempo. De la misma forma, esa percepción de la desigualdad, organizará lo que podríamos llamar “procesos de alteración”, es decir, la separación entre lo considerado como propio y como extraño, e involucrado y formando parte, por tanto, en la construcción de la identidad social y colectiva (Rasskin, 1012).

La demarcación de este tipo de límites o fronteras es susceptible de emerger y de ser observada en la proyección que sobre la imagen de la enfermera realizan los distintos grupos de profesionales de la salud, como es el caso de los odontólogos, médicos, enfermeras y estudiantes de enfermería, que constituyen los grupos que hemos elegido en nuestro estudio.

La lógica de las representaciones y de los procesos identitarios que pretendemos estudiar sólo puede comprenderse atendiendo al escenario particular en el que estos tienen lugar, como las instituciones sanitarias de hospitalización, de atención primaria, empresas, colegios, donde las enfermeras desarrollan su actividad. De todos los escenarios posibles para la realización de un estudio como el propuesto, decidimos centrar nuestra atención en instituciones sanitarias de hospitalización y de atención primaria, por ser donde las enfermeras, mayoritariamente, desarrollan su actividad y, los estudiantes de enfermería su aprendizaje clínico. Nuestra atención se centrará en estas instituciones, sin obviar el sentido general de los estudios que buscan las causas de la satisfacción laboral en variables personales, intentando entender hasta qué punto esas formas de causación, dependen del proceso más general de socialización de las enfermeras. Este trabajo aplaza, por este motivo, el problema de analizar las causas generales de la satisfacción laboral en enfermería, para intentar previamente definir con precisión las condiciones en las que se va dando el proceso de socialización, en la cultura enfermera. Asimismo, consideramos importante no perder de vista, que el entender ese proceso de construcción de la identidad incluye comprender sus aspectos relacionados con los estereotipos creados en torno a la figura de la enfermera, enraizados en una realidad histórica de la sociedad en general y de la sociedad española en particular.

Partiendo de estas lógicas, nuestra mirada se ha centrado en los datos recogidos a lo largo de 2009 y 2010 a través de entrevistas llevadas a cabo con profesionales de la salud, concretamente de la Comunidad de Madrid. Desde algunas posturas tradicionales, pudiera argüirse que si no se pueden generalizar las conclusiones que se deriven del estudio de la construcción de la identidad y representación enfermera en instituciones sanitarias, los resultados producidos no serían relevantes para la comunidad científica. Dicho razonamiento sería válido si, a través de este estudio, hubiésemos pretendido generalizar los resultados a todas las enfermeras; sin embargo, el propósito del mismo ha sido diferente. La propuesta de este trabajo consiste en entender en profundidad y en todas sus posibles dimensiones, la existencia de un fenómeno que afecta a un colectivo profesional, se origina y negocia en instituciones sanitarias y formativas, y cuyas características se proyectan a la sociedad en general. No obstante, a pesar de que la muestra con la que se cuenta no puede ni debe ser considerada representativa de todas las enfermeras de Madrid, los dibujos y relatos analizados no son separables del contexto general en el que se producen, por lo que su estudio no ha sido considerado de forma aislada. Concretamente, esta tesis cobra sentido al considerar las condiciones históricas que han definido la incorporación de la Enfermería como disciplina y como práctica profesional a la cultura española.

3.1.2. Objetivos específicos.

Dentro de las representaciones identitarias que se han estudiado en este proyecto, nos hemos marcado **objetivo concreto** el estudio del escenario psicosocial institucional actual donde se lleva a cabo la construcción de la identidad profesional enfermera y su representación social.

- (1) Conocer qué similitudes y diferencias identitarias existen entre estudiantes de enfermería, formados en centros con concepciones distintas de la enfermería. Nuestra hipótesis es que la forma de concebir la enfermería de una institución académica, influye en la consecución, por los estudiantes de enfermería, de rasgos identitarios marcadamente distintos, que los adquiridos por estudiantes de enfermería de otra institución académica, con una concepción distinta de la enfermería. Por ello, esperamos que el análisis de los dibujos y relatos nos permita corroborar si existen o no diferencias entre las representaciones sociales de la identidad enfermera de

estudiantes formados en centros con concepciones virtualmente distintas de la enfermería.

- (2) Estudiar el modo en el que el estudiante va adquiriendo, la identidad y representación enfermera, y si aparecen diferencias en sus representaciones sociales de la identidad enfermera debidas a su proceso de socialización. En concreto, comprobaremos si existen diferencias entre los alumnos de primer y tercer cursos, y entre estos y las enfermeras profesionales.
- (3) Evaluar tanto las representaciones de los rasgos identitarios de la enfermera, obtenidos en análisis de dibujos realizados por enfermeras y estudiantes de enfermería, como los realizados por otros profesionales de la salud. La hipótesis que subyace a este objetivo es que las representaciones sociales que las enfermeras tienen sobre su identidad profesional están mediadas por las condiciones específicas que definen el proceso de socialización de las enfermeras, dentro de instituciones académicas y asistenciales específicas. En este sentido, se prevé que las condiciones específicas de las instituciones influyan en la construcción de la identidad enfermera. Esta hipótesis parece, también, razonable a la luz de los resultados de los trabajos previos, que se han llevado a cabo a este respecto (ver, por ejemplo, Rosa y Blanco, 2008; Sellán, 2007; Vázquez, 2012).
- (4) Estudiar en qué forma los dibujos sobre la enfermera tipifican, homologan y sancionan, las representaciones sociales de la identidad enfermera, que la propia enfermería comparte con la cultura en la que cobra sentido. Un ejemplo, nos permitirá entender mejor esta idea. Imaginemos que actualmente, las enfermeras, estudiantes de enfermería, médicos y odontólogos comparten, en general, la idea de que la enfermería es una disciplina auxiliar de la medicina, de manera que la definición de las funciones de la enfermera es secundaria respecto de la definición de las funciones del médico. Nuestra hipótesis nos lleva a pensar que la dinámica de poder que da lugar a esta representación social de la enfermería, como disciplina supeditada al poder médico, debe ser representada, confirmada o tipificada por los dibujos. Encontraríamos entonces, representaciones iconográficas en las que, bien, en términos de posición relativa en el espacio, aspecto o de tareas adjudicadas, la enfermera aparece supeditada al médico. La iconografía vendría a ser, por ejemplo en

este caso, un dispositivo de estabilización de estas representaciones sociales (Hernando, Díaz y Blanco, 2010).

3.2. METODOLOGÍA

Como venimos comentando, el análisis de los procesos es decisivo para especificar las circunstancias que aquejan de manera específica a la persona. Conocer las circunstancias particulares, culturales o socio-institucionales que favorecen la germinación de un modelo característico de una profesión no es suficiente para hacerlas generalizables. Al menos, por el momento, no se pueden justificar con la literatura existente. Por este motivo, pensamos que se debe utilizar un diseño metodológico más abierto y sensible al carácter en que estas circunstancias se detallan en cada persona y en cada institución.

Para analizar este proceso hemos elegido un estudio longitudinal-transversal, que se inicia en el momento en que el estudiante ingresa en la escuela de Enfermería y concluye con el desempeño profesional de la enfermería. Nuestra idea es que cuestiones relacionadas con el cansancio emocional y el *burnout*, así como el concepto y percepción que la enfermera tiene de sí misma y el modo en que es percibida por otros profesionales de la salud cobran sentido en el seno de un proceso más general de construcción social de una identidad profesional confusa.

Uno de los elementos característicos de la enfermería es que el plan de estudios de esta disciplina exige que los estudiantes inicien su aprendizaje clínico en el primer curso. Por este motivo, los estudiantes toman contacto muy precozmente con el contexto laboral, de manera que el proceso de construcción de su identidad profesional se acelera y se hace más complejo. A su vez, el proceso de construcción de la identidad enfermera se ve afectado por los distintos procesos genéricos por los que pasamos para convertirnos en adultos (véase, por ejemplo, Erikson, 1965; Erikson, 1968; Kimmel y Weiner, 1998; Harter, 1999; Moreno y del Barrio, 2000; Coleman y Hendry, 2003; Dávila, 2004).

No obstante, seguramente uno de los procesos más significativos en la construcción de la identidad enfermera sea el aprendizaje clínico. Esto se debe, a que durante las prácticas clínicas, aunque no solamente en este periodo, el estudiante incorpora activa o pasivamente valores, fines, imágenes, representaciones del quehacer enfermero, que, sin duda, condicionarán su proceso de construcción de una identidad profesional y su actitud futura frente a su trabajo, aspectos que a lo largo de esta tesis iremos analizando.

Como venimos indicando, con este trabajo de investigación pretendemos concretamente conocer la influencia de las representaciones sociales de las enfermeras y de otros profesionales de la salud, en el proceso de construcción de la identidad enfermera, para lo cual propusimos a nuestros participantes las siguientes tareas:

a) Cuestionario de identificación.

Para la recogida de los datos académicos, demográficos y profesionales se utilizó un cuestionario inicial, de elaboración propia. Fue necesario diseñar tres formatos diferentes: uno para el grupo de estudiantes y dos para los profesionales de Enfermería (ver Anexo I).

b) Cuestionario sobre identidad percibida.

Está basado en la pentada dramatúrgica, sobre la que se articula, la gramática de motivos expuesta por (Burke, 1969), que nos plantea que cualquier acción puede, en alguna medida, ser objetivada y descrita a través de los cinco casos de la pentada (agente, o actor, acto, instrumento, meta y escenario) (ver Figura 4). La pentada dramatúrgica ha sido utilizada, anteriormente, para el análisis de la identidad de los psicólogos (Sánchez, 2005) y de la identidad enfermera (Hernando, Díaz y Blanco, 2010). En nuestro cuestionario, los participantes tenían que contestar a cinco preguntas abiertas (ver Anexo II):

- 1) quién es la enfermera/enfermero (agente),
- 2) qué hace (acto),
- 3) cómo lo hace (instrumento),
- 4) qué pretende (meta) y
- 5) en qué circunstancias (escenario).

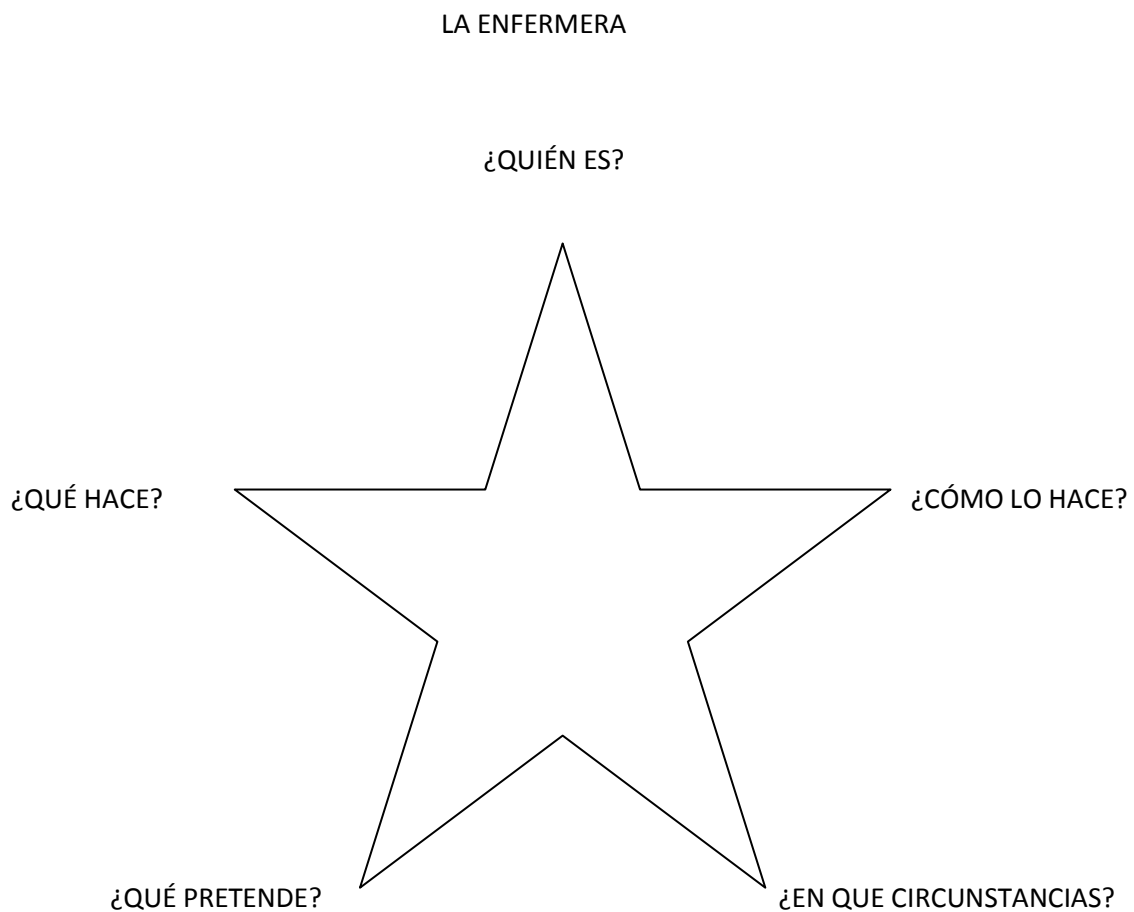


Figura 4. Representación de la Pentada Dramatúrgica.

A la par, debemos de recordar los estudios de Araya (2002) vistos en el capítulo 2 de esta tesis, donde, aparte de analizar en profundidad la teoría de las representaciones sociales, nos aporta su visión sobre los mecanismos de objetivación y el anclaje de las representaciones sociales. En el primero, muestra la forma en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las representaciones sociales. En el segundo da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales, proceso que permite crear categorías y significados. Por este motivo, vamos a utilizar el proceso de anclaje para el análisis de los dibujos de nuestro estudio, al entender que los dibujos son los anclajes de las representaciones sociales de los participantes sobre la identidad enfermera.

c) Dibujo de una enfermera/enfermero e historia

Los estudiantes de enfermería y las enfermeras deben dibujar a una enfermera o a un enfermero tal y como los imaginan, y contar la historia de la enfermera o del enfermero dibujados (Anexo III).

Por otra parte, y en relación con la imagen de la enfermera, debemos añadir el trabajo que sobre análisis iconográfico de la enfermera han desarrollado Sellan, Vázquez y Blanco (2010). Del mismo modo, debemos añadir el trabajo realizado por Hernando, Díaz y Blanco (2011), sobre representaciones de la enfermera a través de dibujos. En este sentido, los dibujos son entendidos, en el marco de esta tesis, como los anclajes de las representaciones sociales de los participantes sobre la identidad enfermera. El interés en este análisis se debe a que permite comprender fácilmente los elementos organizadores de la producción, es decir, el significado central de la representación producida. Además, como ya hemos anunciado, en este modo de analizar las representaciones graficas, su viabilidad está avalada por los estudios de Araya (2002). A su vez, y en este sentido, y en relación con la historia referente a la enfermera, debemos señalar el trabajo de Hernando, Sellán y Blanco (2012), sobre atributos de la enfermera.

Como veremos más adelante, a los médicos y a los odontólogos se les pidió que dibujasen un profesional de la enfermería, pero no que escribiesen su historia.

3.2.1. Estrategia metodológica utilizada en el análisis del proceso de construcción de la identidad y su representación social en contextos formativos y profesionales.**3.2.1.1. Diseño**

Para analizar la influencia de los centros académicos sobre los estudiantes que en ellos se forman, el modo en el que los estudiantes van construyendo su representación de la identidad enfermera, y estimar en qué medida, los dibujos sobre la enfermera tipifican, homologan y sancionan las representaciones sociales de la identidad enfermera que la propia enfermería comparte con la cultura en la que cobra sentido, hemos empleado las siguientes tareas:

- (1) el Cuestionario de identificación,
- (2) el Cuestionario sobre identidad percibida,
- (3) el Cuestionario dibujo de una enfermera y el relato de su historia,

Como hemos señalado con anterioridad, hemos utilizado una metodología abierta, aplicando distintos cuestionarios que nos permitirán realizar un análisis de corte cuantitativo y también cualitativo, que nos permite ser sensibles a las condiciones específicas en las que se va conformando la identidad enfermera. Con objeto de clarificar los objetivos anteriormente reseñados, hemos decidido mostrar el análisis de las pruebas, en un primer momento por separado, para posteriormente mostrar el resultado conjunto de las mismas, donde se podrá observar la relación que mantienen.

Respecto al cuestionario de identidad percibida, nos ha facilitado, por un lado, analizar las percepciones de estudiantes y enfermeras y, por otro, las concepciones que sobre la enfermera tienen los médicos y los odontólogos.

El cuestionario del dibujo de una enfermera y el relato de su historia, nos ha concedido, por una parte, analizar los dibujos y los textos de los estudiantes de cada uno de los centros académicos y, seguir la evolución de las representaciones desde primero hasta tercero, en cada centro, para después comparar los resultados, entre los estudiantes de los dos centros de formación elegidos, La Paz y la Fundación Jiménez Díaz. Por otra parte, analizar y comparar los dibujos y los textos de las enfermeras que ejercen su actividad en el hospital y en atención primaria. Además, nos ha permitido relacionar estas (centro de formación y curso) y otras variables agrupadoras (Género, Rango, Antigüedad, etc.) con cada una de las categorías a través de las cuales los textos fueron analizados.

3.2.1.2. Muestra

Muestra de estudiantes

En nuestro estudio han participado 320 estudiantes, de los cursos primero y tercero de dos Escuelas Universitarias de Enfermería adscritas a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), concretamente las Escuelas Universitarias de Enfermería de La Paz y de la Fundación

Jiménez Díaz, que representan dos tipos diferentes de instituciones educativas, la primera de carácter público y la segunda privado. En la selección de las muestras se tuvieron en cuenta los momentos concretos de cumplimentación de las pruebas y su relación con el aprendizaje clínico. Estamos hablando, de tres grupos diferentes en la Escuela de la Paz y tres grupos diferentes en la Escuela Fundación Jiménez Díaz.

El primer grupo de La Paz, compuesto por 61 estudiantes, incluye estudiantes que inician los estudios: las pruebas se administraron el primer día de clase en el centro. El segundo grupo lo constituyeron 57 alumnos que fueron evaluados a los trece meses de su ingreso en la Escuela e inmediatamente antes del inicio del segundo rotatorio de las prácticas clínicas. El tercer grupo está formado por 50 estudiantes del último año de la carrera, y realizaron las pruebas cuando llevaban veintiséis meses de estudio y habían adquirido ya experiencia clínica en el contexto laboral.

En cuanto a los estudiantes del primer grupo de la Fundación Jiménez Díaz, compuesto por un total de 63 estudiantes, las pruebas se les administraron al mes de su ingreso en el centro, y antes de iniciar las rotaciones en el hospital. El grupo de segundo, constituido por 43 estudiantes, cumplimentó las pruebas a los trece meses y medio de su ingreso en el centro. A los 46 estudiantes de tercer curso las pruebas se les aplicaron cuando llevaban veintiséis meses de estudio, y habían adquirido experiencia clínica en el contexto laboral, como ocurrió con los estudiantes de La Paz.

Con estas pruebas quisimos conocer (1) cómo es la socialización de los estudiantes cuando llegan a la Escuela, (2) qué imagen tienen de la enfermera y cómo la representan, (3) en qué medida con la socialización en el aula se incorporan los valores que se promulgan y (3) cómo influyen los valores adquiridos en el aprendizaje clínico en el contexto profesional. En segundo lugar, pretendíamos evaluar la incorporación de nuevos valores, a través del aprendizaje clínico en el contexto profesional y qué cambios se producen en la percepción de la enfermera como consecuencia.

Dado que hemos encontrado algunas diferencias en los análisis de las distintas pruebas administradas a los estudiantes de las escuelas de La Paz y de la Fundación Jiménez Díaz, que mostraremos con más detalle en los capítulos de resultados, es necesario realizar, en nuestra opinión, un ligero repaso del proceso de constitución de ambos centros educativos, que nos facilite comprender, en parte, alguna de las causas de estas diferencias. Por tratarse de escuelas adscritas a la misma universidad, en este caso a la Universidad Autónoma de Madrid, participan del mismo plan de estudios, por lo que las diferencias aparecidas, no tienen por qué deberse al programa formativo.

Iniciaremos con un repaso en el modo de constituirse ambas escuelas, que, como veremos, tiene su origen en la etapa de Ayudante Técnico Sanitario; seguiremos con las singularidades de cada uno de estos centros, para finalmente mostrar en qué asignaturas difieren. Sabemos que la diferencia reside en las asignaturas optativas que cada centro oferta.

Las escuelas de enfermería de La Paz y de la Fundación Jiménez Díaz

La creación de las Escuelas de Enfermería La Paz y de la Fundación Jiménez Díaz tuvo lugar en el período de la formación de enfermeras con una designación de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.). En los dos centros se formarán enfermeras femeninas.

Como apunta Sellán (2007), la etapa de A.T.S. *“será una etapa de desigualdades entre los estudiantes varones y las alumnas mujeres”* (p. 389). Esta afirmación se fundamenta en el hecho de que estaba prohibida la coeducación en estos estudios, tal y como exigía el Decreto de 6 de julio de 1955 que estableció la expresa prohibición de la coeducación en los estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, un hecho que conlleva, a nuestro modo de ver, unas enormes consecuencias. Por esta razón, con el fin de que se cumpliese esta normativa, se fundaron escuelas de A.T.S. masculinas y escuelas de A.T.S. femeninas.

A partir de la promulgación de la Ley de Hospitales, de 1962, se crearon nuevos hospitales en todo el territorio nacional y se realizaron transformaciones en las instituciones sanitarias existentes. Estos cambios influyeron irrevocablemente en la creación del título de Ayudante Técnico Sanitario. Esto fue debido a que cada capital de provincia tenía un hospital de la Seguridad Social, lo que originó una gran demanda de personal titulado. Por este motivo, se crean a lo largo de las décadas de los años 60 y 70, las escuelas de A.T.S. femeninas del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.). De este modo, en la década de los 70 se habían inaugurado en torno a 40 escuelas, todas ellas dependientes de esta institución. Por ello, el Instituto Nacional de Previsión tuvo una influencia muy importante en la formación de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, así como en el desarrollo profesional de este colectivo en España (Sellán, *loc. cit.*).

Seguidamente vamos a comentar cómo fue el proceso de gestación o creación de las escuelas de La Paz y de la Fundación Jiménez Díaz, las dos femeninas y laicas. Pensamos que un sucinto análisis este proceso, como ya hemos anticipado al comienzo de este apartado, nos puede ayudar a esclarecer los resultados, que hemos obtenido en el análisis de los cuestionarios aplicados a los estudiantes de estas escuelas.

Comenzaremos por la Escuela de La Paz, que inicia su camino como centro de formación en 1972, en un edificio ubicado dentro de la Ciudad Sanitaria La Paz, una institución pública perteneciente al Instituto Nacional de Previsión, que más tarde se denominará Instituto Nacional de la Salud. Este hospital, que actualmente se denomina Hospital Universitario La Paz, es un centro hospitalario público, dependiente del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) de la Comunidad de Madrid, situado en la zona norte de Madrid. Desde su inauguración, como Hospital General en julio de 1964, su fisonomía ha ido cambiando y creciendo hasta convertirse en el gran complejo hospitalario que hoy conocemos, compuesto por un armazón de 17 edificios y cuatro grandes hospitales: el Hospital General, el Hospital Maternal, el Hospital Infantil y el Hospital de Traumatología y Rehabilitación. En enero de 1962, comienza la construcción de la "Ciudad Sanitaria La Paz", enmarcada en el concepto predominante de la época, donde, primaba construir grandes superficies hospitalarias.

El Hospital Universitario La Paz se crea como un centro de referencia nacional en varias especialidades médicas y quirúrgicas. El Hospital General fue inaugurado en julio de 1964, con una superficie de 30.000 metros cuadrados, en él se invirtió una considerable cantidad de dinero. Al año siguiente se inauguran el Hospital Maternal y el Hospital Infantil. El Hospital Maternal con 409 camas y 256 cunas. En cambio, el Hospital Infantil contó inicialmente con 337 camas y cunas, 42 camas para niños mayores y 32 para las madres de los niños ingresados, también, en los dos se invirtieron importantes sumas de dinero.

El Hospital de Traumatología y Rehabilitación abrió sus puertas en 1966, con 300 camas y una Unidad de Quemados, que se convirtió en un centro de referencia nacional e internacional.

La Escuela de Enfermeras se ubicó en uno de esos edificios, en el que en la actualidad sigue figurando el rótulo con el nombre de "Escuela de Enfermeras", pese a los más de 30 años de formación universitaria y haber iniciado los estudios de grado. La creación de esta escuela, como ya hemos apuntado anteriormente, y todas las pertenecientes al Instituto Nacional de Previsión, fue una consecuencia de la política expansiva de creación de hospitales por todo el estado, unida a la necesidad de mano de obra barata para poder dar respuesta a las demandas sanitarias (Sellán, 2007).

La Escuela de La Paz inicia los estudios de A.T.S. en régimen de internado y también externado. Veamos cómo fueron sus comienzos y cómo su evolución en la formación de profesionales enfermeras.

En las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos en España los estudios fue obligatorio cursarles en régimen de internado hasta el año 1976, con dos situaciones

excepcionales a la normativa: en 1962, la Orden de 26 de noviembre concede a las alumnas casadas la no obligatoriedad de permanecer internas. En 1972, a petición del Instituto Nacional de Previsión, la Orden de 23 de octubre faculta a todas las Escuelas Femeninas de Ayudantes Técnicos Sanitarios del Instituto Nacional de Previsión para que acepten a alumnas en régimen de externado. De esta forma, la Escuela de La Paz tiene alumnas internas y externas desde su creación. El personal docente y directivo de esta escuela ha estado, siempre, constituido por enfermeras seglares. En cambio, en las escuelas de las Diputaciones Provinciales, las pertenecientes a la Iglesia, Cruz Roja, Valdecilla y la escuela de la Fundación Jiménez Díaz el personal docente y directivo estaba formado por personas religiosas y laicas.

Por otra parte, la Escuela de Enfermería Fundación Jiménez Díaz como centro educativo fue creada por el Doctor Carlos Jiménez Díaz. Primeramente, vamos a presentar un pequeño resumen biográfico de este ilustre personaje.

El Doctor D. Carlos Jiménez Díaz llevaba en Madrid desde el año 1927 como Catedrático de Patología Médica en la Facultad de Medicina de Atocha. Una de sus ideas, aunar la asistencia, docencia e investigación, la hizo realidad al crear, con la ayuda de un grupo de financieros espléndidos, el Instituto de Investigaciones Médicas, situado en el Pabellón nº 1 de la Facultad de Medicina en la Ciudad Universitaria, adscrito a la Cátedra del Profesor Jiménez Díaz. Al poco tiempo de su inauguración estalla la Guerra Civil en España, que perturba todos los proyectos y, también, retrasa el de Jiménez Díaz. Finalizada la guerra D. Carlos retoma con brío sus ideas y el 13 de febrero de 1940, decide, junto con sus colaboradores, visitar un hotelito de la calle Granada de Madrid, para alquilarlo.

Posteriormente se trasladó al Pabellón nº 2 de la Facultad de Medicina en la Ciudad Universitaria, como él deseaba. Los trabajos que con tanta ilusión Jiménez Díaz y su grupo han realizado comienzan a dar importantes frutos; se describe el latirismo, se utilizan las mostazas nitrogenadas en el tratamiento reumatoide, se define la enfermedad autoinmune, etc. El sueño de Jiménez Díaz sigue adelante y en la década de los 50 trata de encontrar un espacio para poder conjugar la asistencia, la docencia y la investigación, un lugar en el que se ejerciese la medicina atendiendo a enfermos privados junto con enfermos de la Seguridad Social. En ese espacio los médicos debían tener dedicación exclusiva, para poder observar más de cerca y hacer el seguimiento de los problemas del enfermo. Por tanto, el hospital que concebía debía contar con laboratorios de Investigación clínica y médica, donde se pudiesen esclarecer etiologías, causas, terapéuticas, etc.

Superados un sinfín de problemas la Clínica de la Concepción se termina el 13 de febrero de 1955 y se inaugura oficialmente el 31 de mayo de 1955, con una dotación de 120 camas y un grupo de profesionales médicos y personal sanitario llenos de entusiasmo por sacar adelante ese proyecto que se percibía con un buen futuro. Desde esa fecha, se estableció un Concierto para atender enfermos de la Seguridad Social, que en esa época era gestionada por Instituto Nacional de Previsión.

Otro de los sueños de Jiménez Díaz era que los estudiantes de Medicina pudieran estudiar en la Clínica, un sueño que se hizo realidad durante cuatro cursos, de 1956 a 1960, para un grupo reducido de estudiantes de la Universidad Complutense que se formaron en la Fundación Jiménez Díaz (modalidad de enseñanza, que en la actualidad llevan a cabo, desde cuarto de la licenciatura, los estudiantes de medicina). Esta situación no es bien recibida por alguno de los miembros del Claustro de Profesores de la Complutense y obliga a que Jiménez Díaz interrumpa la enseñanza directa de los estudiantes en la Clínica de la Concepción. Ante este desaire, organiza los primeros programas de enseñanza para Médicos Internos Residentes. De esta forma, se configuraron las enseñanzas de postgraduados en casi todas las especialidades de la Clínica de la Concepción. Posteriormente, este sistema es él que se implanta, a nivel nacional, en todos los hospitales docentes, partir de 1970 hasta nuestros días.

A instancias de los médicos de la Fundación, en el año 1963, se solicita la unificación del Instituto de Investigaciones Médicas, la Clínica de la Concepción y la Asociación Protectora de la Cátedra del Profesor Jiménez Díaz, que se vincularán dentro de un único organismo, denominado Fundación Jiménez Díaz, hecho que se establece con el Decreto del 27 de junio de 1963.

En 1967 muere Don Carlos Jiménez Díaz con la satisfacción de haber visto culminada su obra, su Fundación. A los tres años de la muerte de Jiménez Díaz, la Fundación se integra en la nueva Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, convirtiéndose, por tanto, en Hospital Universitario con enseñanza teórica y práctica. Por este motivo, otro de los sueños de Jiménez Díaz, también, se cumplió.

La Escuela de la Fundación Jiménez Díaz, la fundó D. Carlos Jiménez Díaz, de ahí que lleve su nombre. Comenzó su andadura con los Estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) en el Curso Académico 1962/1963, y fue reconocida oficialmente el 27 de marzo de 1963, como Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios del entonces Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas "Clínica de la Concepción".

En este primer período de ATS funcionó en régimen de internado femenino aunque en el Curso Académico 1968/69 se admitieron alumnas externas con domicilio cerca de la Escuela,

tenían un régimen de semi-internado, la mayor parte del día estaban en la escuela con clases y prácticas, y por la noche dormían en sus casas. Esta situación duró hasta que en 1979, tras el reconocimiento de los estudios de Enfermería como Diplomatura Universitaria, se realiza la última matrícula con este formato; durante este periodo, se formaron en la Escuela 967 enfermeras (Matesanz, Hernández, Beneit y Torralba, 2012).

Por Real Decreto, 2667/1979, de 21 de septiembre (publicado en el BOE el 23 de septiembre de 1979), se aprueba su conversión en Escuela Universitaria de Diplomados en Enfermería, adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid. Su Plan de Estudios se publica en el BOE el 19 de octubre de 1978, según (O.M. 7 de septiembre 1978).

Actualmente es un Centro Adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) ratificado en el último Convenio de adscripción, suscrito el 13 de diciembre de 1999, sujeto a las normas académicas de dicha Universidad, teniendo marcados unos Objetivos Académicos, tanto en los créditos teóricos como en los créditos prácticos-clínicos de acuerdo con el vigente Plan de Estudios, publicado en el Boletín Oficial del Estado, con fecha de 18 de junio de 1999 (BOE 18/06/99).

Económicamente y administrativamente, este Centro, depende de la Fundación Jiménez Díaz-Capio, de las mensualidades de los alumnos y de las tasas académicas autorizadas por el Real Decreto de las Escuelas Adscritas (Decreto 2293/1973, de 17 de agosto).

Este centro, desde su inicio hasta los primeros años del 2000, ha estado dirigido por las Hermanas de la Caridad y un Médico, que inculcaron en las estudiantes, en alguna medida, el espíritu formativo que su fundador tenía, de aunar la formación teórica y práctica, junto con la investigación. Los valores que han predominado en toda su trayectoria han sido, principalmente, de carácter humanitario, de ayuda (en el sentido amplio del término) al que sufre, de acompañamiento, etc., y aplicar las técnicas y procedimientos con el máximo rigor, buscando la curación de la persona enferma.

En la actualidad, sigue teniendo un carácter de escuela privada; por consiguiente, los estudiantes tienen que pagar una cuota mensual. Por este motivo, los estudiantes que acceden a ella pueden tener una nota de selectividad alta o baja. En la actualidad, sigue imperando, en cierta medida, el espíritu de su fundador y, como no podía ser de otra manera, desde los inicios del siglo XXI la dirección de la escuela es secolar y, sigue impregnada del espíritu de su fundador, ayuda, conocimiento e investigación.

Como podemos observar, este centro privado, cuya titularidad ha ido cambiando a lo largo del tiempo desde sus comienzos, se adscribe a una universidad pública, siguiendo la dinámica establecida en el propio hospital, primero a la Universidad Complutense y, posteriormente, a la Universidad Autónoma de Madrid. La plantilla dedicada a la organización de la escuela, como ya hemos comentado, estuvo configurada principalmente por religiosas. En cambio, el profesorado ha sido secolar, compuesto mayoritariamente por médicos y enfermeras, con vínculos profesionales con la Clínica de la Concepción.

Después de presentar los dos centros educativos, hemos observado que tienen algunas diferencias, en nuestra opinión, relevantes: la Escuela de la FJD fue creada por un médico, desde su visión personal de la docencia, asistencia e investigación. La Escuela de La Paz fue parte de la apuesta en la formación, para una posterior contratación, del propio Sistema Sanitario de carácter nacional. La organización interna del centro, en el caso de la Fundación Jiménez Díaz, fue asumida por enfermeras religiosas y en La Paz por enfermeras laicas.

Los planes de estudio de A.T.S. fueron idénticos en todas las escuelas femeninas del país (ver Sellán, 2007), aunque los estudiantes masculinos y femeninos no cursaban las mismas asignaturas. En las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninas se cursaba, “Enseñanza del Hogar” en los tres cursos, con una carga lectiva de una hora semanal, en cada uno de ellos. En cambio, en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos se cursaba “Autopsia médico-legal”. Los contenidos de la asignatura eran: (1) Elementos necesarios para realizar una autopsia; (2) Técnica de obtención y conservación de piezas para su envío al laboratorio; (3) Embalsamamiento, junto con diversos medios y materiales necesarios para realizarlo.

En las dos escuelas que hemos analizado, las asignaturas del plan de estudios de la Diplomatura en Enfermería han sido las mismas. Esto se debe, a que, tanto las asignaturas troncales como las obligatorias de universidad, de todas las escuelas adscritas a la UAM han sido las mismas. Las diferencias están en los créditos correspondientes a las asignaturas optativas y de libre elección, que representan un máximo de 30 créditos

A continuación vamos a presentar el Plan de Estudios que se ha cursado en la Universidad Autónoma de Madrid, en concreto el de la Escuela Universitaria de Enfermería La Paz, por ejemplo como podemos ver en las Tablas de 1 a 5.

Tabla 1. Carga Lectiva Global Plan de Estudios E.U.E. La Paz.

CRÉDITOS TOTALES	OBLIGATORIOS	OPTATIVOS	LIBRE CONFIGURACIÓN	TOTAL
Primer Ciclo	206	5	25	236
Totales	206	5	25	236
Primer Curso	Créditos Obligatorios	Créditos Optativos	Créditos libre configuración	
	65	-	10	
Segundo Curso	Créditos Obligatorios	Créditos Optativos	Créditos libre configuración	
	73	-	10	
Tercer Curso	Créditos Obligatorios	Créditos Optativos	Créditos libre configuración	
	68	5	5	

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Tabla 2. Primer Curso E.U.E. La Paz.

CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13647	Cuidados de Enfermería	(Tr)	16	Anual
13648	Ecología Humana y Salud Comunitaria	(Tr)	10	Anual
13649	Historia y Fundamentos del Cuidado	(Tr)	10	1
13650	Anatomía Descriptiva	(Tr)	5	1
13651	Bioestadística	(Tr)	5	1
13652	Enfermería Psicosocial	(Tr)	6	1
13653	Fisiología Humana	(Tr)	8	2
13654	Legislación y Ética Profesional	(Tr)	5	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Tabla 3. Segundo Curso E.U.E. La Paz.

CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13655	Enfermería Médico Quirúrgica I	(Tr)	43	Anual
13656	Enfermería Comunitaria I	(Tr)	8	Anual
13657	Farmacología Clínica	(Tr)	6	1
13658	Psicosociología del Cuidado	(Tr)	6	1
13659	Nutrición y Dietética	(Tr)	5	2
13660	Teoría del Conocimiento	(Ob)	5	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Tabla 4. Tercer Curso E.U.E. La Paz.

CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13661	Enfermería Médico Quirúrgica II	(Tr)	13	Anual
13662	Enfermería Comunitaria II	(Tr)	10	Anual
13663	Enfermería Infantil	(Tr)	10	Anual
13664	Enfermería Geriátrica	(Tr)	7	1
13665	Pensamiento Crítico y Razonamiento Diagnóstico	(Ob)	5	1
13666	Enfermería Maternal	(Tr)	9	Anual
13667	Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental	(Tr)	7	2
13668	Administración de los Servicios de Enfermería	(Tr)	7	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Tabla 5. Asignaturas Optativas y de Libre Elección Plan de Estudios E.U.E. La Paz.

OFERTA DE OPTATIVAS				
CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13669	Relaciones Humanas en Enfermería	(Op)	5	2
13671	Sexualidad Humana	(Op)	5	1
13672	Cuidados Paliativos	(Op)	5	1
13673	Teorías en Enfermería	(Op)	5	2
13674	Documentación y Sistemas de Información Sanitaria	(Op)	5	2
13675	Terapias Complementarias	(Op)	5	1
13684	Higiene del Movimiento, Salud y Deporte	(Op)	5	2
13683	Expresión Creativa, Dramática y Narrativa para los Profesionales de la Salud	(Op)	5	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

En la Tabla 6 aparecen reflejadas las asignaturas optativas que se impartían en la Escuela Fundación Jiménez Díaz.

Tabla 6. Asignaturas Optativas Plan de Estudios E.U.E. Fundación Jiménez Díaz.

OFERTA DE OPTATIVAS				
CÓDIGO	ASIGNATURA	CARÁCTER	CRÉDITOS	SEMESTRE
13669	Relaciones Humanas en Enfermería	(Op)	5	2
13674	Documentación y Sistemas de Información Sanitaria	(Op)	5	2
13675	Terapias Complementarias	(Op)	5	2
13677	Bioética	(Op)	5	1
13678	Informática	(Op)	5	2
13679	Planes de Emergencia en Grandes Catástrofes	(Op)	5	2

Fuente: Resolución de 2 de junio de 1999 UAM. Adaptado a partir de Sellan (2007).

Como podemos ver, en la escuela de La Paz se ofertan 8 asignaturas y en la escuela Fundación Jiménez Díaz se ofertan 6. Sin embargo, en las dos se impartían las asignaturas de *Relaciones Humanas en Enfermería, Documentación y Sistemas de Información Sanitaria y Terapias Complementarias*. En La Paz se daban asignaturas más conceptuales como son: *Teorías en Enfermería y Expresión Creativa, Dramática y Narrativa*. Además, en La Paz se impartían asignaturas de cuidados al final de la vida (*Cuidados Paliativos*) y otras dirigidas a la prevención y mejora de la salud y calidad de vida (*Higiene del movimiento, Salud y Deporte*) o conocimientos sobre *Sexualidad Humana*. En la Escuela de la FJD, en cambio, tenían una orientación hacia la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia (*Planes de Emergencias en Grandes Catástrofes*), los conceptos relacionados con el respeto de los principios fundamentales inherentes al ser humano y recogidos en la *Bioética* o bien una asignatura instrumental práctica como es la *Informática*.

La Escuela de La Paz ha estado adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid, desde su creación. Hasta que después, de casi cuarenta años, jurídicamente este centro desapareció el 1 de enero de 2011, que junto con las antiguas Escuelas Adscritas de Puerta de Hierro y La Comunidad de Madrid, se integraron en el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina, formando una única titulación de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid.

En la Tabla 8 podemos ver la distribución de estudiantes tanto por Escuelas como por cursos académicos, en forma de frecuencias absolutas y de porcentajes. En ella se puede comprobar que la muestra de estudiantes está compuesta en un porcentaje más o menos igualitario por estudiantes de primer curso de las dos escuelas. En segundo y tercer curso el número de estudiantes de La Escuela de La Paz es mayor que los de la Fundación Jiménez Díaz.

	<u>ESCUELAS</u>			
		LA PAZ	FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	TOTAL
CURSO	1º	61 20 %	63 20 %	124 39 %
	2º	57 17 %	43 13 %	100 31 %
	3º	50 16 %	46 14 %	96 30 %
	TOTAL	168 53 %	152 47 %	320 100 %

Tabla 7. Distribución de los estudiantes por Escuelas Universitarias y cursos académicos.

Muestra de profesionales

Las pruebas se aplicaron también a un grupo de 216 profesionales que representan, a enfermeras que desempeñan su actividad en el hospital y en atención primaria, a médicos que desempeñan su actividad en el hospital y atención primaria, y a odontólogos que su desempeño profesional se lleva a cabo en una consulta privada. La muestra, por tanto, incluye:

- (1) 59 enfermeras de hospitalización,
- (2) 53 enfermeras de atención primaria,
- (3) 50 médicos,
- (4) 54 odontólogos

En la Tabla 9 podemos ver la distribución de los profesionales que componen la muestra según la actividad que realizan, en forma de frecuencia y de porcentajes.

PROFESIONALES		Frecuencia Porcentaje	Total
Enfermeras	Hospitalización	59 27,30 %	112 51,80 %
	Atención Primaria	53 27,30 %	
Otros profesionales de la salud	Médicos	50 27,30 %	104 48,20 %
	Odontólogos	54 27,30 %	
		216 100 %	

Tabla 8. Distribución de los profesionales según tipo de trabajo.

Dado que la estrategia metodológica que hemos utilizado nos permite hacer análisis de corte cuantitativo y, también, cualitativo, la muestra analizada en cada una de las pruebas administradas va a ser diferente. Seguidamente vamos a mostrar la composición de la muestra en las diferentes pruebas.

(a) Cuestionario de identificación

Con este cuestionario pretendemos conocer los datos académicos, demográficos y profesionales; dentro de estos últimos, (aplicado solamente a los profesionales), vamos a recoger información sobre el lugar de trabajo, el número de años en el ejercicio de su profesión y el grado de satisfacción laboral. Este cuestionario (con tres formatos), lo cumplimentan todos los participantes en nuestro estudio que han sido 536.

(b) Cuestionario sobre identidad percibida

Dado que, el objetivo de este cuestionario es valorar la forma en la que los sujetos refieren quién es la enfermera, qué hace en el ejercicio de su actividad, cómo realiza su trabajo, qué pretende conseguir y en qué circunstancias desempeña esa actividad, lo han cumplimentado todos los participantes en nuestro estudio, que han sido 536.

(c) Cuestionario dibujo de una enfermera y el relato de su historia.

Este cuestionario nos permitirá evaluar tanto el dibujo de la enfermera como la historia que cuentan sobre él. Se administró a todos los estudiantes de enfermería y a todas las enfermeras que participan en nuestro estudio. Por lo que la muestra fue de 320 estudiantes y de 112 enfermeras. De estos participantes todos realizaron el dibujo y sólo dos no cumplimentaron la historia, aunque no fueron eliminados por haber cumplimentado el cuestionario sobre identidad percibida y haber realizado el dibujo de la enfermera.

(d) Dibujo de una enfermera/enfermero

Mediante este cuestionario vamos a conocer el género, la edad, cómo han representado la cabeza, la cara, la expresión facial, la expresión corporal, el atuendo y los símbolos de la enfermera o enfermero dibujado. La muestra es la misma que para el cuestionario de identidad percibida.

3.2.1.3. Procedimiento

Después de decidir quiénes debían participar en nuestro estudio y de valorar las posibilidades de llevarlo a cabo, planificamos las acciones a seguir. Para tal fin seleccionamos la muestra y solicitamos los permisos administrativos necesarios para aplicar los cuestionarios, así como la fecha y el lugar. El contacto con los participantes se realizó personalmente, mediante entrevistas con los responsables de los centros de académicos. En primer lugar, a los estudiantes de la Escuela de La Paz, de primero, segundo y tercer curso, y en horario de clase, se les informó del estudio que íbamos a llevar a cabo y se les pidió su colaboración; a continuación, se les entregó el cuestionario para su cumplimentación (Modelo I).

En segundo lugar, a los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, de primero, segundo y tercero, en horario de clase, lo mismo que a los de La Paz, se les informó del estudio que íbamos a llevar a cabo y se les pidió su colaboración; seguidamente, se les entregó el cuestionario (Modelo I).

En tercer lugar, en el mes de febrero de 2010, a las enfermeras de hospitalización y de atención primaria se les aplicó el cuestionario (Modelo II), en su centro de trabajo y en un aula cuando estaban participando en un curso de formación. Por último, a los médicos se les solicitó su colaboración en su centro de trabajo (hospital, atención primaria, centro de salud mental) y a los odontólogos en su consulta y en un aula cuando participaban en un Máster. El cuestionario que se les aplicó fue el Modelo III. Esto se debe, como hemos comentado, que a estos profesionales no se les pide que cuenten la historia del dibujo.

En el caso de los estudiantes se realizaron aplicaciones colectivas, una por cada uno de los grupos seleccionados. También a las enfermeras se las aplicó cuando estaban participando en un curso de formación en un aula, pero a otro grupo se le administró en su centro de trabajo, una vez entregado en mano el cuestionario, y se esperó a su cumplimentación. Con el grupo de odontólogos se hizo de forma similar a las enfermeras: se les aplicó cuando participaban en un Máster y, también, en su consulta. En cambio, a los médicos se les administró en su centro de trabajo. Primeramente, como a todos los participantes, se les pidió su colaboración. Seguidamente se les entregó el cuestionario esperando a que terminasen la cumplimentación, dándoles las gracias por la participación.

En todo lo relacionado con el **manejo de los datos**, se hizo uso de herramientas informáticas que han facilitado las tareas previstas, como se detalla a continuación: Todos los

cuestionarios se han pasado a soporte informático, para ello, se crearon unas plantillas donde se registraron: los datos sociodemográficos de cada uno de los participantes, el dibujo de la enfermera o enfermero, las contestaciones a cada una de las preguntas formuladas, la historia que cuenta de la enfermera o enfermero dibujado y las categorías del dibujo. Cada uno de los dibujos fue escaneado para pasarlo a la plantilla.

Para el tratamiento de los datos hemos utilizado:

- El procesador de textos *MICROSOFT Word* (versiones 2003 Y 2007) y *MICROSOFT EXCEL* (versión 2010) de *MICROSOFT OFFICE*.
- Para ayudarnos en la codificación, el etiquetado sistemático y el análisis de los datos hemos utilizado el programa *QDA Miner*. Presentaremos seguidamente algunas de las virtudes de este programa.

En relación con esta herramienta informática de *Provalis Research*, podemos decir que *QDA Miner* es un sencillo programa de análisis cualitativo de datos, que sirve para codificar datos textuales y gráficos, anotar, recuperar y revisar datos y, documentos codificados. Una de sus funciones es su flexibilidad para explorar las relaciones entre cualquiera de estas propiedades y códigos que manualmente se han asignado a los documentos. Incluye procedimientos sencillos de tratamiento estadístico sobre la información. El programa puede manejar proyectos complejos, con una gran cantidad de documentos que se pueden combinar con información categorial y numérica. También brinda una amplia gama de herramientas de exploración, que permiten identificar patrones en la codificación y relaciones entre los códigos asignados y otras propiedades numéricas o categoriales. También permite guardar los documentos en formato de texto enriquecido y acepta formatos de párrafos y letras, gráficos y tablas. Los documentos pueden editarse sin afectar a la codificación existente. Una desventaja del programa es que no permite la inclusión de imágenes ni accesorios para la gestión cronológica de la investigación.

QDA Miner tiene una estructura que mantiene todos los documentos, esquemas de codificación y notas en un conjunto de archivos llamado “proyecto”. Los proyectos *QDA Miner* comprenden múltiples casos. Un caso es la unidad básica de análisis de un proyecto. Típicamente representa un individuo, una organización o un grupo. Estas variables se usan para especificar las propiedades asociadas con un caso. Como por ejemplo, en nuestro caso, para analizar las transcripciones realizadas por de cada uno de los participantes en nuestro estudio, creamos un archivo de proyecto en el que cada caso contiene la información asociada a ese sujeto. Se pueden crear una o varias variables del documento que contengan

transcripciones de textos, entrevistas. Además, permite agregar otras variables para especificar información sociodemográfica de los entrevistados, pertenencia a grupos, etc

El ambiente de trabajo de QDA Miner nos ofrece numerosas opciones para administrar, ver, editar y codificar documentos y, acceder a distintas herramientas de análisis y recuperación. A continuación vamos a presentar un ejemplo de la imagen de un espacio de trabajo en QDA Miner (ver Imagen 5).

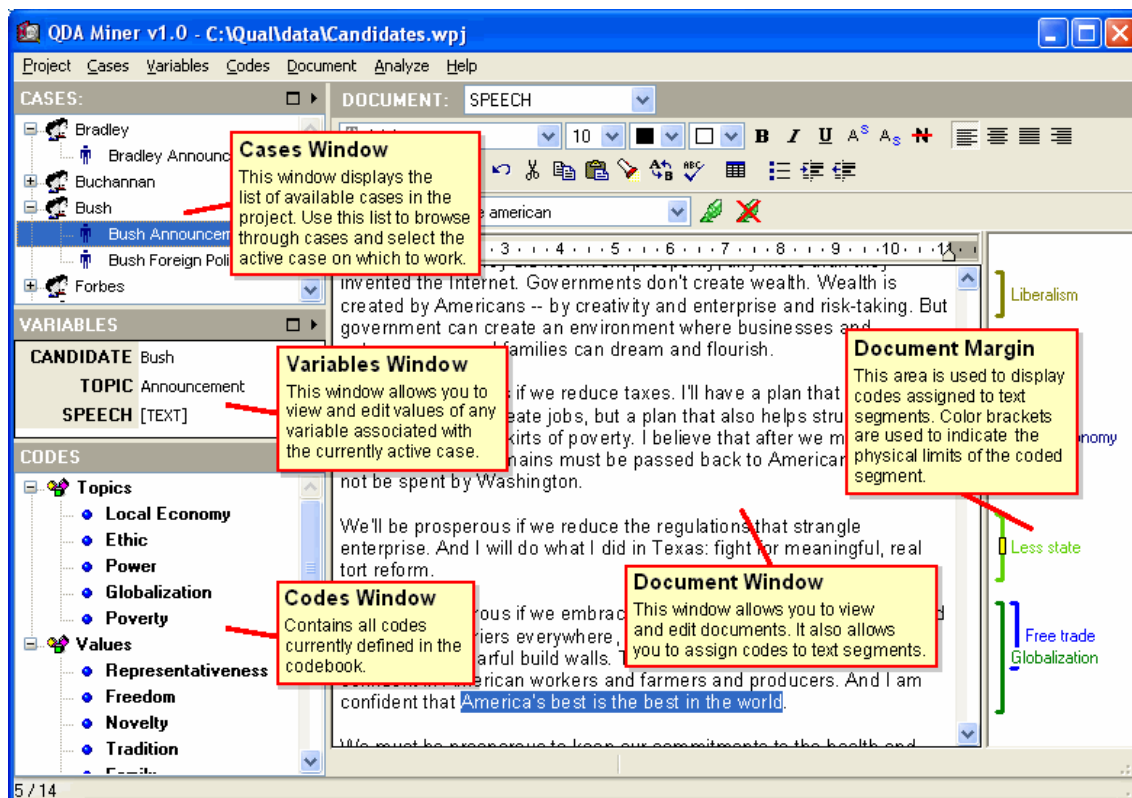


Figura 5. Espacio de trabajo en QDA Miner. Fuente: Guía del usuario Provalis Research, Cisneros (2004-2009).

Como se puede ver en el escritorio QDA Miner existe una barra de menú superior y cuatro ventanas. Las tres primeras ventanas están situadas a la izquierda, la cuarta en el centro. Comenzando por la izquierda:

- En la primera ventana están los CASOS, en ella se recoge todos los casos disponibles en el proyecto. Estos casos se pueden presentar en forma de lista o agrupados. Esta ventana nos sirve para visualizar los casos y seleccionar el caso activo en el que queramos trabajar.
- En la segunda ventana están las VARIABLES AGRUPADORAS, que han sido creadas y permite editar los valores que se hayan asignado a cualquiera de ellas.

- En la tercera ventana están todos los CÓDIGOS que hayamos definido a partir de los textos.
- Por último, la cuarta ventana es la mayor de todas en ella está el DOCUMENTO de trabajo.

Esta ventana se usa para ver y editar documentos, y para asignar códigos a fragmentos de texto. A la derecha de esta ventana está un área que se usa para presentar los códigos asignados a fragmentos de texto, que con la ayuda de llaves en color señala los límites físicos de un fragmento codificado.

3.2.1.4. Materiales para el análisis

Análisis de los dibujos:

Para el tratamiento de los dibujos realizados por cada uno de los participantes en el estudio, como hemos comentado anteriormente, se ha utilizado una estrategia inspirada en la teoría de la acción dramática de Burke (1969), que nos ha facilitado el análisis. Esto se debe, a que los cinco elementos que la acción dramática propone al relacionarlos entre sí, permite diferentes combinaciones y, por lo tanto, distintas lecturas. Este tipo de análisis nos ha permitido percibir fácilmente los elementos organizadores de la producción, es decir, el significado central de la representación producida. Esto se debe, a que la viabilidad de analizar, de este modo, las representaciones gráficas, está avalada por los estudios de Araya (2002).

A su vez, también, este tipo de análisis, nos ha facilitado ver las semejanzas y diferencias, que sobre la manera de concebir a la enfermera, tienen los distintos grupos de nuestro estudio. De manera que, los resultados obtenidos nos han permitido extraer un gradiente de identidad enfermera, que se ha ido configurando en una tipología de dibujos que representan a la enfermera.

Por otra parte, como acabamos de comentar en el apartado de procedimiento, para ver las semejanzas y diferencias, que sobre las representaciones pictóricas de la enfermera, realizan los distintos grupos de nuestro estudio, hemos utilizado el Paquete Estadístico de *Microsoft Office*, concretamente el programa *Excel*, para el caso del tratamiento de los datos correspondientes a los dibujos de nuestros participantes. Con el fin de facilitar el análisis, a los dibujos los hemos dividido en categorías de análisis, a su vez, a cada una de las categorías las hemos asignado los códigos que entendíamos que las correspondían y que eran relevantes

para nuestra investigación. Por este motivo, hemos establecido categorías de análisis y sus respectivos códigos, que seguidamente les vamos a mostrar.

Categorías de análisis para el dibujo

Para el análisis de los dibujos hemos elaborado un conjunto de categorías en relación con el caso “actor”, tal vez el más importante en el análisis de los dibujos (ver Tabla 9), dado que en la mayor parte de los dibujos obtenidos no disponíamos de información explícita sobre el resto de los casos de la pentada, a saber, acto, instrumento, meta y escenario. Información relacionada con el caso “acto” es recogida indirectamente al analizar, por ejemplo, la expresión facial y corporal. Información sobre el caso “instrumento” se recoge a través del análisis de elementos simbólicos que aparecen en el dibujo (jeringa, fonendo).

Categorías del dibujo	Códigos de cada categoría y abreviaturas
Género	Femenino = F ; Masculino = M.
Edad	Joven (22-40) = JO; Maduro (45-65) = MA.
Cabeza	Calvo = CS, Pelo corto = PCS, Pelo largo = PLS, Pelo recogido = PRS, Pelo = PS, Pelo rizado alborotado = RAS.
Cara	Gafas = GS, Barba = BS, Labios pintados = LPS, Ojos pintados = OPS, Pendientes = PDS.
Expresión facial	Alegre = AS, Cálida = CS, Seria = SS.
Expresión corporal	Disposición = DS, Receptividad = RS, Cercanía = CCS, Suficiente = SUS, Defensa = DFS, Distancia = DTS.
Atuendo	Pijama = PJS, Bata = BTS, Falda = FDS, Pantalón = PTS, Camisa = CMS, Corbata = CBS, Identificación = IDS, Zuecos = ZCS, Zapatos = ZS, Zapatos de tacón = ZTS.
Símbolos	Gorro = GRS, Cofia = CFS, Cruz = CRS, Jeringa = JGS, Mascarilla = MS, Fonendoscopio = FNS, Documento DCS, Maletín = MLS, Lámpara = LAS.

Tabla 9. Categorías del dibujo.

Análisis de las respuestas a las preguntas sobre la enfermera

Hemos analizado las respuestas al cuestionario siguiendo la misma estrategia que la utilizada con el análisis de los dibujos. Para facilitar su análisis las respuestas están agrupadas según el grupo al que pertenecen (estudiantes de enfermería, enfermeras, médicos y odontólogos), es decir, todos los que han participado en el estudio. De esta manera, hemos obtenido las respuestas de: estudiantes de enfermería de dos instituciones con concepciones filosóficas distintas, de enfermeras de instituciones públicas, de médicos de instituciones públicas y de odontólogos de instituciones privadas. Estos datos nos han permitido analizar semejanzas y diferencias, en cuanto a la concepción del ejercicio profesional de la enfermera, su representación y proyección, así, como la identidad que se la otorga por cada uno de los grupos. Con todo ello, esperamos dar respuesta o ayudar a esclarecer cada una de las preguntas que nos hemos planteado.

Análisis de las historias

Continuando con la misma estrategia de análisis dramático hemos analizado los relatos que estudiantes de enfermería y enfermeras nos han contado de su dibujo. De esta manera, hemos ido extrayendo las percepciones y configuraciones que sobre la identidad enfermera se han ido estableciendo a lo largo de la trayectoria profesional (estudiante-enfermera), tal y como se manifiestan en los relatos de las propias enfermeras y en los relatos de los estudiantes de enfermería.

Por otra parte, tanto para el análisis de las respuestas a las preguntas sobre la enfermera, como para el análisis de las historias sobre la enfermera, hemos utilizado el programa QDA Miner, como hemos comentado en el apartado de procedimiento. Dicho programa nos ha permitido utilizar herramientas de para ver, editar y codificar los documentos realizados por nuestros participantes. Para después analizar las semejanzas y diferencias que sobre las concepciones de la enfermera aparecen en cada uno de los grupos. Por este motivo, hemos establecido las variables agrupadoras con las categorías de análisis y sus respectivos códigos, que a continuación les iremos mostrando.

Variables agrupadoras y categorías para análisis de las historias

Las variables agrupadoras, las categorías de análisis y sus respectivos códigos los vamos a utilizar, tanto en el análisis de las respuestas a las preguntas formuladas sobre la enfermera o el enfermero, como en el análisis de las historias contadas por estudiantes y enfermeras.

A continuación vamos a mostrar cada una de las variables agrupadoras y los códigos correspondientes a cada una de ellas, como se puede ver en la Tabla 10.

VARIABLES AGRUPADORAS	CÓDIGOS DE LAS VARIABLES AGRUPADORAS
1. Género:	a. Masculino b. Femenino
2. Estudios:	a. Estudiantes b. Diplomatura c. Licenciatura
3. Profesión:	a. Estudiantes (La Paz, Fundación) b. Enfermeras (hospitalización, primaria) c. Médicos d. Odontólogos
4. Lugar de trabajo:	a. Estudiante b. Hospital c. Atención Primaria d. Consulta privada
5. Curso de la Diplomatura de Enfermería:	a. Primero b. Segundo c. Tercero
6. Centro de Estudios:	a. Escuela de La Paz b. Escuela de la Fundación Jiménez Díaz
7. Rango – Antigüedad:	a. De 0 a 15 años ejerciendo la profesión b. De 15 a 30 años ejerciendo la profesión c. De 30 a 45 años ejerciendo la profesión
8. Tipo de dibujo realizado:	a. Tipo A b. Tipo B c. Tipo C d. Tipo D

Tabla 10 .Recoge las variables agrupadoras y sus respectivos códigos.

Categorías y los códigos de análisis de textos

Para facilitar el análisis de los textos hemos organizado las categorías y sus respectivos códigos agrupándolas en función de las preguntas que recoge la Pentada Dramatúrgica. En nuestro caso son: quién es la enfermera, que hace, cómo lo hace, qué pretende, en qué circunstancias. De esta manera, hemos elaborado categorías de análisis para estudiar las respuestas a cada una de dichas preguntas.

Por lo tanto, en la pregunta ¿Quién es?, están las categorías: Atributos; Género, Atuendo, Creencias, Disposición/vocación, Relación enfermera/médico, Sentimientos de la enfermera, Identificación con la profesión. Seguidamente les vamos a mostrar estas categorías con sus respectivos códigos, como podemos ir viendo en las (Tablas 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17)

CATEGORÍA: ATRIBUTOS		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Actitud, cuidados	Tiene actitud, predisposición para acercarse al otro.	Claudia, es una enfermera que lleva ejerciendo como tal 5 años, está contenta con el trabajo que realiza, tiene actitud hacia el cuidado.
Capacidad de comprensión	Comprende al otro, se esfuerza por comprender al otro.	Esta enfermera se esfuerza por comprender al paciente que cuida.
Caridad, amor, entrega	Máxima expresión de entrega hacia el otro.	Jacinta es una enfermera que se entrega con todo su cariño al cuidado de los niños; todo el deseo de curación y la extraordinaria valentía y entrega de estas personas.
Cercanía	Cercanía a la persona se interesa por la persona.	Con interés por todo lo que la pasa.
Confianza	Transmite confianza al paciente.	Permaneciendo callada, segura de lo que hace, respetando al paciente.
Disposición al cuidado	Disposición de ayudar al otro.	Eva tiene disposición de ayuda al otro, dispuesta a dar lo mejor.
Esfuerzo personal	Conseguir metas personales	Esta es Gloria que se esfuerza por conseguir cuidados excelentes y controlar situaciones críticas.
Ojo clínico	Percebir lo que le ocurre a la persona que cuida y aplicar las medidas oportunas.	La encanta el trabajo con pacientes y detectar las posibles complicaciones, tiene "ojo clínico" para ver lo que le pasa al paciente; una forma de vida aplicando el ojo clínico en situaciones que jamás imaginarías.
Paciencia	A la enfermera se la atribuye paciencia.	Elena es muy feliz en su profesión, le gusta ayudar a las personas y trabajar en el hospital, tiene mucha paciencia con los pacientes.
Se endurece, insensibiliza	Con la experiencia la enfermera se insensibiliza.	Esta chica estudió enfermería lleva muchos años trabajando y no se ha endurecido al atender a enfermos, al contrario es más sensible.
Seguridad	Transmite seguridad con su presencia.	Es una enfermera que está muy segura de lo que hace y los pacientes se sienten muy bien en su presencia.
Sentir y conmoverse	Sentimientos de conmoción ante el sufrimiento del otro.	Escuchar y dejar que el paciente se desahogue, a una no deja de conmoverla.
Transmite paz, calidez, relaja	Transmite tranquilidad; alegría; relaja.	Carla trabaja en niños y siempre está alegre y tranquila, tiene mucha paciencia.

Tabla 11. Categoría Atributos

CATEGORÍA: GÉNERO		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Masculino	Hace referencia al enfermero	Este es Javier, un enfermero que trabaja en el S. de Urgencias.
Femenino	Hace referencia a la enfermera	Carla es una enfermera joven.

Tabla 12. Categoría Género

CATEGORÍA: ATUENDO		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Adecuado	Representar a la enfermera con una vestimenta que es la apropiada para cuidar a las personas.	La enfermera tiene que ir adecuadamente uniformada. El traje le he hecho así porque puede haber muchos tipos según el hospital, pero en general ya no llevan batas largas.
Inapropiado	Representar a la enfermera con una vestimenta no adecuada para cuidar.	Carteles publicitarios (minifalda, cofia, pelo suelto, uñas pintadas, calcetines altos...). Esta enfermera no se recoge el pelo, no es apropiado para dar cuidados.
Otro aspecto	Lleva otros complementos (pulseras, pendientes, uñas pintadas...).	Lleva puestos abalorios, estos aspectos pueden interferir en los cuidados enfermeros. Los zuecos son los apropiados para esta profesión no vale otro tipo de calzado.
Pelo recogido	Se debe llevar recogido, permite realizar el trabajo cómodamente.	Con una serie de requisitos para conservar la higiene y prevenir infecciones. El pelo nunca ha de ir suelto, de ahí que lleve una cinta para que no la moleste. Con el pelo recogido porque es como debería llevarlo para evitar complicaciones en los paciente. Esta enfermera no se recoge el pelo.
Uniforme	Chaqueta o blusa y pantalón, falda y blusa o camisa y bata.	La enfermera siempre tiene que ir correctamente uniformada. Se preocupa de tener todos los útiles necesarios que lleva. En esta profesión debe llevar un uniforme reglamentario.

Tabla 13. Categoría Atuendo.

CATEGORÍA: CREENCIAS		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Ayudar al médico	Ayuda, auxilia al médico; odontólogo.	Persona cuya profesión es ayudar al médico y al paciente a mejorar la enfermedad
Ejecuta órdenes	Profesional que cumple las órdenes del médico	Atiende al paciente ejecuta órdenes médicas, debe cumplirlas.
Es algo más	La enfermera es más que "alguien que ejecuta órdenes"	Descubre que la enfermería "es algo más", ayuda, compañía.
Ser hombre mal visto	El enfermero por ser hombre es "mal", atribuirle otras connotaciones.	Le costó que su entorno entendiera su elección profesional, pero él no considera que haya ningún problema en ser hombre y ejercer de enfermero, (...). No porque sea chico y haya decidido ser enfermero, tengo que ser mal visto.

Tabla 14. Categoría Creencias.

CATEGORÍA: DISPOSICIÓN/VOCACIÓN		
CÓDIGOS	CÓDIGOS	TEXTO EN QDA MINER
Interés por funcionamiento del cuerpo	Curiosidad del funcionamiento del cuerpo humano.	Eligió enfermería para conocer los mecanismos del pensamiento; cómo se relacionan unas personas con otras.
Positiva	Hacia la enfermería; estudiar la carrera; ejercer la enfermería.	Elena, desde muy pequeña sabía que le gustaba trabajar con personas y todo lo relacionado con la salud, nunca dudo en el momento de escoger su profesión.
Vocación no	No tenía vocación; no sentía atracción por la enfermería	Allí empezó a darse cuenta que realmente era su mundo y no otro. No podrá evitar relacionar lo que aprendía con lo ya vivido y con lo que vivirá....
Vocación sí	Quería ser enfermera desde la infancia; conoció la profesión de enfermería y la eligió.	La enfermera contenta con su trabajo, ya que es su vocación y la encanta cuidar de las personas.
Contacto con las enfermeras	Elige la enfermería una experiencia personal; estar en el hospital; comprobar la labor de las enfermeras; el trato de las enfermeras.	Al concluir el día en el hospital, asombrada por los cuidados de la enfermera: cálida, cerca, respeto, amabilidad, profesionalidad, decidió se enfermera.

Tabla 15. Categoría Disposición/Vocación.

CATEGORÍA: RELACIÓN CON EL MÉDICO		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Colabora	La enfermera colabora con el médico.	La enfermera avisa al médico cuando la situación del paciente lo requiere; es enlace entre el paciente y el médico; facilita el trabajo del médico.
Deseo, aspiración de ser médico	Sueño de ser médico; estudia enfermería.	Siempre pensó que la elección adecuada para ella era la medicina debido a su vocación hacia ella, pero la naturaleza de la medicina no es aquella que ella siempre pensó, ahora lo ve más como la ciencia de los "cinco minutos y al paciente siguiente"
Está poco con el paciente	El médico le dedica poco tiempo al paciente, esto la decepcionó.	Una chica quería estudiar Medicina. Después de estar en Enfermería se dio cuenta que es la enfermera la que está al lado del paciente, mientras que el Médico se limita a diagnosticar e irse.
No quería ser médico	Nunca deseo ser médico.	Marta nunca quiso ser médico, aunque su familia quería que fuese.
Quería ser médico	No pudo elegir la medicina	Esta chica estudia enfermería, por no haber podido estudiar medicina, ahora al ver el trabajo de los médicos la decepcionó.
Se encarga de otros asuntos	El médico se dedica a otras actividades	Ahora la gusta la enfermería al ver que el médico se encarga de otras actividades que no tienen que ver con el cuidado.

Tabla 16. Categoría Relación con el médico.

CATEGORÍA: IDENTIFICACIÓN CON LA PROFESIÓN		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Aprender a querer a la profesión enfermera	Estudiar enfermería como última opción.	<i>Mi enfermera se llama Lucía, no estaba a gusto con la profesión, pero el tiempo tuvo que aprender a valorar lo que hace y a quererla.</i>
Escaso reconocimiento social	Es una profesión con poco prestigio.	<i>Esta enfermera se llama Sofía, tuvo que convencer a su familia de que la enfermería no era una profesión inferior. Se sentía infravalorada por la sociedad debido a su profesión, puesto que, la mayoría pensaba que era una limpia culos.</i>
Poder médico	Rechazo no aceptar las órdenes del médico	<i>El médico da órdenes, algunas no son de la competencia de la enfermera.</i>
Reconocimiento profesional	Las personas cuidadas reconocen el trabajo de las enfermeras.	<i>Los pacientes reconocen el trabajo de la enfermera.</i>
Seguir estudiando	Necesidad de seguir formándose	<i>Se llama Carmen y desea ampliar conocimientos, buscar algo más que la haga sentirse a gusto con lo que ha llegado a ser.</i>
Sentir orgullo profesional	Reconocer a su profesión como algo muy importante.	<i>Esta enfermera se llama Laura y le encanta su trabajo. Se siente orgullosa de ser enfermera.</i>
Siempre presente	Permanece al lado del enfermo	<i>La enfermera está las 24 horas del día, acompañar durante todo el proceso al paciente y a su familia.</i>
Un profesional	Competente	<i>La enfermera se llama Silvia, tiene conocimientos, habilidades para asumir el cuidado de las personas en situaciones de pérdida de salud; información-enseñanza.</i>

Tabla 17. Categoría Identificación con la profesión

CATEGORÍA: SENTIMIENTOS DE LA ENFERMERA		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Decepción profesional	Algunas cosas decepcionaron a la enfermera.	<i>Cristina siente que no es lo esperado, pero no arrepentirse de ser enfermera; Nuria es una enfermera que se arrepiente de ser enfermera por no ser lo que esperaba. Esta enfermera se ha ido decepcionando y siente desgaste emocionalmente, no se reconoce profesionalmente, no puede realizar las actividades en las que se formó. Esta enfermera siente que la enfermería no es lo que creía que era, no la dejan realizar su trabajo como ella sabe hacer.</i>
Entusiasmo profesional	Satisfacción profesional.	<i>Amalia, es una enfermera del hospital La Paz realizar el trabajo con ilusión, mejora cada día, trabajar en lo elegido, la actitud de los pacientes hacen que se sienta bien. Sensación del "deber cumplido" con aspectos positivos y negativos.</i>
Expresado sobre la enfermera	Características que describen a la enfermera.	<i>Expresiones sobre las atribuciones que los estudiantes; los profesionales y las propias enfermeras manifiestan.</i>
Miedos, incertidumbres	Las enfermeras y los estudiantes.	<i>Esta enfermera de estudiante tuvo miedo e incertidumbres al inicio de prácticas clínicas y ahora tiene que cambiar de unidad y, también, lo tiene.</i>
Resignación /Resentimiento	No pudo estudiar medicina y estudio enfermería.	<i>Ana tiene sentimientos de aceptación de la profesión elegida (ser enfermera en vez de médico). No consiguió entrar en medicina, siempre tendrá sentimientos encontrados, al ver a sus amigos convertidos en médicos.</i>
Responsabilidad	Asumir la responsabilidad de las actividades realizadas.	<i>Maria es enfermera titulada implicada en el trabajo, con actitud positiva o, a veces, se muestra negativa.</i>
Trabaja en el ámbito de la salud	La enfermera es un profesional de las ciencias de la salud.	<i>Esta enfermera trabaja en el ámbito de las ciencias de la salud.</i>

Tabla 18. Categoría Sentimientos de la enfermera.

A continuación vamos a mostrar la siguiente pregunta de la pentada dramaturgica, con las categorías y los códigos que hemos asignado para responderla. De manera que en la pregunta ¿Qué hace?, hemos incluido las categorías: Cuidar, Ejercicio profesional (Ver Tablas 19 y 20).

CATEGORÍA: CUIDAR		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Psicológico	Cuidar al paciente para lograr la mejoría psíquica; cuidada bio-psico-social; apoyarle y animarle; cuida en todos los ámbitos (físico, psicológico y social);	<i>Es un profesional sanitario que cuida de los demás, establece una relación de confianza, está capacitado y es necesaria para cuidar.</i>
Social	Cuidar al paciente para lograr la mejoría social.	<i>Es responsable ayudar a la persona en todo lo que necesite.</i>
Físico	Cuidar al paciente para lograr la mejoría física.	<i>Ayuda al paciente en su recuperación; cuidar todos los aspectos de la persona.</i>

Tabla 19. Categoría Cuidar.

CATEGORÍA: EJERCICIO PROFESIONAL		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Actividades	Modos y formas de llevar a cabo la actuación profesional.	Cuida, ayuda, previene, promueve, enseña, cura.
Ampliar conocimientos	Aplicar los conocimientos en su trabajo; aprender al cuidar.	Contribuir en el desarrollo disciplinar y progreso profesional.
Cambios de turno	El horario de trabajo cambiante, mañana, tarde, noche.	Esta enfermera trabaja en todos los turnos.
Cargas de trabajo	Plantillas disminuidas; aumento del nº de pacientes por enfermera.	Han aumentado las cargas de trabajo y supone un esfuerzo para esta enfermera.
Circunstancias de cuidar	Realizar actividades cuidadoras en cualquier circunstancia en la que se encuentre la persona; donde sea necesaria su presencia.	Cuida en distintas circunstancias, tanto en situaciones favorables como desfavorables; salvando barreras de tipo institucional.
Concepciones teóricas	Asumir el cuidado desde el marco conceptual de la enfermería.	Esta enfermera da cuidados siguiendo un modelo teórico.
Dar cuidados	Atender, asistir, a pacientes y familiares.	Cuida con conocimiento y pericia; sabiendo el qué hacer y para qué.
Enseñar sobre la salud	Transmitir conocimientos, saberes en todo lo relacionado con salud.	Que la persona sepa cuidarse, y sino está sana, que sepa vivir con su enfermedad.
Gestionar	Gestión de cuidados asumiendo responsabilidades, supervisa, coordina.	Gestiona cuidados, algunas veces de otras.
Número de años	Años ejerciendo la profesión.	Maria lleva muchos años ejerciendo la profesión.
Otras unidades	Rotar por distintas unidades.	Tiene mucho cuidado y pone mucha atención en todo lo que hace.
Proceso de enfermedad	La enfermera cuida en el proceso de enfermedad y en la prevención.	En todas aquellas que el ser humano requiera, cuando aparece un déficit.
Promoción, autocuidado	Promueve a la persona para obtener estilos de vida saludables.	Mejorar la salud del individuo y la comunidad abordando la esfera biopsicosocial.
Trabajo en equipo	Trabajar en equipo para ayudar a recuperar la salud.	La gusta trabajar en equipo, que la gente se relacione y se lleve bien.
Unidades especiales	De atención a adultos y niños con problemas.	Es un enfermero que desarrolla su actividad en la UCI de un gran hospital.

Tabla 20. Categoría Ejercicio profesional.

La tercera pregunta que vamos a presentar es ¿Cómo lo hace?, y los códigos que tratan de responderla son: Instrumento-técnicas y Relacionado con la profesión.

CATEGORÍA: INSTRUMENTO-TÉCNICAS		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Administra	Cuidados para cubrir las necesidades	La enfermera administra medicación, estados de ánimo, problemas sociales, fomentar la salud, etc.
Comunica, informa	Habla con el paciente, familia, médico, supervisora.	Comunica, relación-comunicación enfermera paciente, a un compañero, médico, supervisora, al paciente y familia.
Conocimientos	Posee amplios conocimientos de cuidados.	Adquirir amplios conocimientos de cuidados teóricos y prácticos.
Elabora, registra	Planes de cuidados, datos del paciente.	Manuela registra todas las actividades que realiza a los pacientes.
Empatía, comprensión, apoyo, escucha activa	Utilizando habilidades de apoyo y comprensión del otro	Yo que soy enfermera me dedico a recibir a esos pacientes con la mayor dedicación, les escucho, apoyo, comprendo...
Familia, entorno social	Dando ayuda al paciente, familia.	A Leire le gusta ayudar al paciente y a su familia
Investiga	Realiza investigaciones en su campo disciplinar	Realiza investigaciones en su campo disciplinar, mejorar sus prácticas cuidadoras y conseguir mayores niveles de salud en la persona.
Metodología enfermera	Proceso de atención de enfermería.	Esta enfermera utiliza la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
Observación	La evolución y el estado del paciente.	Yo soy una enfermera que hago una observación para determinar que necesitan en ese momento.
Pericia	Habilidad en la ejecución de procedimientos, técnicas.	(...) puesto para el que se la considera predispuesta y hábil para el trabajo.
Planifica	Intervenciones para resolver los problemas de salud.	Para resolver los problemas de salud detectados en la persona y con éstas logra la mejoría.
Promueve autonomía	Ayudar al paciente adquirir autonomía.	La encanta poder ayudar y para conseguir la autonomía.
Revisa, comprueba	Los tratamientos.	Los tratamientos, datos nuevos sobre el paciente; si cumple el tratamiento.
Técnicas instrumentales	Utiliza protocolos de actuación establecidos.	Utiliza protocolos de actuación establecidos, (constantines, curas, analíticas, cultivos...).
Valora	El estado del paciente.	El estado del paciente; recoge información sobre la situación de salud.

Tabla 21. Categoría Instrumento Técnicas.

CATEGORÍA: RELACIONADO CON LA PROFESIÓN		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Apoyo paciente y familia	Estar al lado del paciente	A María le gusta apoyar al paciente y familia, explicando, recogiendo información para dársela a otros profesionales de la salud.
Proporcionar Bienestar	Dar comodidad, confort, seguridad.	A.M. intenta dar comodidad, confort, seguridad, en un ambiente cálido.
Conseguir bienestar del otro	Ayudar al paciente a conseguir el máximo bienestar	Esta enfermera cuida al que lo necesita el paciente para que consiga el máximo bienestar y se siente bien cuando el paciente lo ha conseguido.
Contacto con el sufrimiento	Ayudar al paciente a llevar la enfermedad.	Ahora sabe que no se encuentra sola, que tiene un apoyo para afrontar llevar la enfermedad.
Cumplimiento profesional	Aplicar los principios éticos y deontológicos.	Laura realiza el cuidado con compromiso e implicación profesional.
Cumplir un sueño, sentirse realizado	Cumplir el sueño de ser enfermera.	Esta enfermera ha cumplido el sueño de ser enfermera y tiene satisfacción personal por haberlo conseguido.
Devolver la esperanza	Ayudar a conseguir expectativas de vida.	Soy feliz haciendo lo que hago, ayudar a conseguir expectativas de vida.
Filosofía de vida	Ejercer la profesión con una filosofía frente a la vida.	María Julia tiene en el cuidado una filosofía de vida, que aplica en todos los ámbitos.
Hacer sonreír al otro	Conseguir que se distraiga de sus pensamientos.	Carla, donde esté siempre intenta tener una sonrisa en la cara y ayudar a los que tenga alrededor. Hacer que el paciente sonría; se distraiga de sus pensamientos; se relaje con un sonrisa.
Logros positivos	Que el paciente recupere su salud.	Que el paciente avance positivamente en la recuperación de su salud.
Mayoritariamente femenina	La enfermería es una profesión ejercida por mujeres.	Esta es una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres.
Sacrificio por los otros,	Atender a otros	Paula se siente bien ayudando a otros, a veces, en momentos difíciles es una profesión dura y exige sacrificio.

Tabla 22. Categoría Relacionado con la profesión.

La cuarta pregunta es ¿Cómo lo hace? y el código que hemos incluido para responderla es: Metas.

CATEGORÍA: METAS		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Aceptar la enfermedad	Ayudar a la persona a asumir su rol de enfermo.	A esta enfermera le gusta ayudar a la persona a asumir su rol de enfermo y adquirir conciencia de enfermedad.
Acompañar	Para soportar la enfermedad	A pesar de la crudeza de las situaciones irradia fuerza positiva que trasmite a sus pacientes, para ayudarles a soportar la enfermedad y hacer más llevadero el sufrimiento.
Aliviar	Disminuir el sufrimiento del otro	Esta enfermera da cuidados y realiza acciones para disminuir el sufrimiento del otro.
Ampliar conocimientos, investigar	Para ayudar a la profesión a ser independiente.	Es una enfermera que pretende ayudar a la profesión a ser independiente y luchar hasta conseguir que su trabajo tenga la valoración positiva que se merece.
Apoyar, paciente y familia	Estar con el paciente y familia.	Me imagino a la enfermera rodeada de una familia en la que hay un paciente concreto, pues creo que el bienestar del paciente empieza por el bienestar de la familia
Autonomía	Busca la autonomía profesional.	Busca la autonomía profesional; autonomía del paciente; respeto profesional.
Calidad de vida	Ayudar al paciente a alcanzar una buena calidad de vida.	Busca que el paciente alcance una buena calidad de vida.
Cuidado del otro	En sentido amplio de ayuda.	Pretende cuidar en sentido amplio, ayudando, enseñando, supliendo y protegiendo al paciente.
Curar, ayudar a curar	Vigilando para que la recuperación de la salud avance.	Con cuidados integrados, vigilando para que la recuperación de la salud avance.
Escuchar	Escuchar al paciente.	La encanta escuchar al paciente, visitarle para hablar, verle y observarle.
Formación	Enseñar sobre salud.	Javier es, un enfermero al que le gusta enseñar sobre salud a pacientes, estudiantes.
Interés por todo lo relacionado con la salud	Enfermería, medicina, etc.	Esta enfermera está muy interesada en todo lo que tiene que ver con la enfermería, medicina.
Mantener, mejorar, prevenir	Mantener y prevenir la enfermedad.	Luis, pretende mantener, mejorar, la salud, prevenir la enfermedad de sus pacientes.
Profesional competente	Aspirar a ser un gran profesional dando cuidados	Es una enfermera que aspira a ser un gran profesional dando cuidados.
Promoción salud	Promover buenas prácticas en la población que atiende.	A esta enfermera le gusta enseñar buenas prácticas de salud a la población que atiende y fomentar hábitos de vida saludables y prevenir la enfermedad.
Relacionado con el trabajo	Deseo de realizar bien su trabajo.	Susana desea realizar bien su trabajo y trabajar en una institución.

Tabla 23. Categoría Metas.

La quinta y última pregunta de la Pentada dramaturgica es ¿En qué circunstancias? y el código que hemos incluido para responderla es: Escenario

CATEGORÍA: ESCENARIO		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
Centro salud	La enfermera ejerce el cuidado en atención primaria.	Susana es enfermera, trabaja en el C. de Salud de su pueblo.
Consulta	Trabaja en una consulta de pública, privada.	Es una enfermera que trabaja en una consulta de una clínica privada.
Escuelas de Enfermería	Los estudiantes se forman en escuelas de enfermería.	Esta enfermera decidió estudiar enfermería en la escuela de La paz.
Hospital	Las enfermeras trabajan en distintas unidades del hospital.	Esta es Gloria, una enfermera que trabaja en la planta de traumatología de un hospital de Madrid.
Otros	Las enfermeras trabajan en otros ámbitos (colegios, empresas, etc.)	La enfermera Paz que trabaja en una empresa.
Residencias	Las enfermeras trabajan en residencias (geriátricas, discapacidad intelectual, etc.)	Esta enfermera se llama Ariana la encanta trabajar con personas mayores en una residencia.

Tabla 24. Categoría Escenario.

Hemos utilizado, también, las categorías Reflexiones y Tarea

CATEGORÍA: REFLEXIONES		
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER
AFIRMACIONES	Sobre lo observado de la profesión	<i>Refleja la posición de búsqueda de un lugar identitario donde se refleje "el hacer enfermero", un espacio de reconocimiento social propio sin solapamientos.</i>
DUDAS	Relacionadas con haber elegido la enfermería como profesión.	<i>Sentimientos de satisfacción por el trabajo debido al reconocimiento de los pacientes, decepción con la actitud, de superiores y médicos, hacia su trabajo. Tuvo sus dudas si estudiar medicina o enfermería pero su mala experiencia con los médicos siendo niña, se decidió por estudiar enfermería.</i>
FILOSÓFICAS	Sobre algunos conceptos y creencias.	<i>Será una doctrina indispensable. Entendió que las enfermeras piensan, tienen una sabiduría que ni los médicos tienen. Concede una gran importancia al reconocimiento que hagan los médicos sobre ella, busca la aprobación de estos, como algo necesario para sentirse satisfecha profesionalmente.</i>
HISTÓRICAS	Influencias ejercidas sobre la enfermería.	<i>Érase una vez una mujer, igual que muchas otras, que cuando se ponen las cosas difíciles está dispuesta a tender la mano y ayudar. Como de lo que más entiende es de enfermería, y no se le da mal, la conocen en el país por ellos y conoce mucha gente que viene a consultar. Está historia de momento no tiene final. Orem, la primera profesional que me encontré, aunque fuera en los libros.</i>
INTUICIONES	En el relato de la historia sobre la enfermera dibujada se proyectan modos de pensar, sentir y hacer.	<i>Porque encontró su vocación, toda su vida de estudiante se sintió un bicho raro porque sus compañeras decían ser "vocacionales" y ella no lo sentía, no era vocación, hasta que encontró su faceta que la incluyó en esas enfermeras vocacionales. Su visión no está relacionada con el cuidado del otro, aparece un cierto resentimiento por no haber sido médico. Estudió enfermería, se sintió orgullosa de la profesión, pero su meta no fue ayudar al otro, acompañarlo.</i>
PROPUESTAS PARA RECATEGORIZAR	Reflexionar sobre la forma de actuar profesionalmente.	<i>Poco a poco hemos ido evolucionando y nos hemos dado cuenta que el realizar esas tareas es importante, pero no debemos subordinarnos y centrarnos exclusivamente en las órdenes médicas. Podríamos ver reflejado el "instinto maternal" de proteger al desvalido, sentimientos de amparo, cuidado del otro indefenso, ayudarle a sobrevivir.</i>
REFLEXIONES TEÓRICAS	Analizar los conceptos relevantes que aparecen en el discurso enfermero.	<i>Érase una enfermera joven que termina la universidad con muchas ganas y va progresando. Donde una situación de bastante cambio social sobre todo a nivel de la imagen que la sanidad tiene de ella y de los cambios de la misma sociedad. Me parece que este concepto de autonomía es crucial en cierto tipo de discurso enfermero, especialmente en el discurso norteamericano, que nos ha influido.</i>

Tabla 25. Categoría Reflexiones.

CATEGORÍA: TAREA					
CÓDIGOS	EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO	TEXTO EN QDA MINER			
HISTORIA	Recoge todos los contenidos que estudiantes de enfermería y enfermeras, cuentan de la enfermera o del enfermero dibujado.	<i>Esta enfermera se llama Ariana. Tiene 25 años y ha cumplido su gran sueño: trabajar con personas enfermas, al igual que con sus familias, para ayudarles y cuidarles con el objetivo de conseguir su bienestar. Como, en líneas generales la mayoría de las personas ingresan en el hospital o en residencias de ancianos lo más importante es devolverles la esperanza, subirles el ánimo, estimular su autoestima y hacerles reír. Que sepan que son importantes y que sin ellos, nosotros no existiríamos. Ariana, (como se puede ver en el dibujo), tiene siempre una sonrisa para regalar. Las personas ancianas son muy cariñosas y muy sabias y ella cree que tiene mucho que aprender de ellos. Por eso considera que el trabajo de enfermería es más un intercambio de experiencias que un trabajo en sí.</i>			
PENTADA DRAMATÚRGICA	Recoge todos los contenidos que estudiantes de enfermería, enfermeras y otros profesionales de la salud, cuentan de la enfermera; respondiendo a las preguntas de: quién es, qué hace, cómo lo hace, qué pretende, en qué circunstancias.	<p>¿QUÉ HACE?</p> <i>Proporcionar información, ayuda, cuidados a los enfermos al igual que a las personas que lo necesitan.</i>	<p>¿CÓMO LO HACE?</p> <i>Lo hace desde un punto de vista objetivo. Evalúa, valora, diagnostica establece actividades y objetivos.</i>	<p>¿QUÉ PRETENDE?</p> <i>Pretende cumplir las actividades y los objetivos propuestos y a que el paciente se ponga bien.</i>	<p>¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS?</p> <i>En circunstancias de estar necesitado, tanto a prevenir como a cuidar, aliviar y curar. Tanto en pacientes enfermos agudos y crónicos, como en personas sanas</i>

Tabla 26. Categoría Tarea.

A lo largo de este capítulo hemos descrito los objetivos que se pretenden abordar en esta tesis doctoral. A su vez, hemos presentado el análisis de la estrategia metodológica que vamos a seguir, en la que como hemos visto, se mezclan análisis cuantitativos y cualitativos. Además, de realizar una descripción de los distintos cuestionarios que vamos a emplear para alcanzar los objetivos anteriormente reseñados. También, hemos descrito la muestra, tanto de estudiantes de dos escuelas universitarias, como de profesionales de la salud, que desarrollan su actividad en el hospital, centro de salud y en consulta privada.

En el siguiente capítulo y primero de resultados presentaremos por separado los resultados obtenidos a partir del análisis de los dibujos realizados por estudiantes de enfermería de dos instituciones académicas distintas; por enfermeras que desarrollan su actividad en el hospital y en atención primaria; por médicos y por odontólogos. Con este diseño pretendemos facilitar al lector la comprensión de los distintos análisis de los dibujos que hemos realizado.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DIBUJOS DE LA ENFERMERA

4.1. ANÁLISIS (DESCRIPTIVO) DE LOS DIBUJOS	170
4.1.1. Evolución de la representación de la enfermera de los dibujos de los estudiantes de La Paz a lo largo del curriculum	171
4.1.1.1. Dibujos representativos de la enfermera en cada uno de los cursos	178
4.1.2. Evolución de la representación de la enfermera en los dibujos de los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz a lo largo del curriculum	188
4.1.2.1. Dibujos representativos de la enfermera en cada uno de los cursos	195
4.1.3. Dibujos realizados por enfermeras de hospitalización	202
4.1.4. Dibujos realizados por enfermeras de atención primaria	206
4.1.5. Dibujos realizados por médicos	210
4.1.6. Dibujos realizados por odontólogos	214
4.2. CONCLUSIONES	217

CAPÍTULO 4

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DIBUJOS DE LA ENFERMERA

En este capítulo, vamos a mostrar por separado los resultados obtenidos a partir del análisis de los dibujos realizados por (1) estudiantes de enfermería de dos instituciones académicas distintas, por (2) enfermeras que desarrollan su actividad en el hospital y en atención primaria, por (3) médicos y por (4) odontólogos. La intención de este diseño es facilitar al lector la comprensión de los distintos análisis de dibujos que hemos llevado a cabo.

Comenzaremos presentando el análisis de los dibujos que sobre la enfermera ha realizado cada uno de los grupos, lo que nos permitirá hacernos una idea acerca de la representación que de la enfermera hacen los sujetos de nuestra muestra en función del grupo de pertenencia.

En primer lugar, abordaremos la presentación de los resultados obtenidos por los estudiantes de la diplomatura de enfermería de La Paz. Presentando inicialmente los resultados obtenidos por el grupo de primero, seguidamente los resultados obtenidos por el grupo de segundo y, a continuación los resultados obtenidos por el grupo de tercero. A la vez, iremos mostrando los resultados del análisis comparativo entre los tres cursos de la diplomatura de La Paz.

En segundo lugar, presentaremos los resultados obtenidos por los estudiantes de la diplomatura de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz. Comenzando con los resultados obtenidos por el grupo de primero, seguido de los resultados obtenidos por el grupo de segundo y, a continuación los resultados obtenidos por el grupo de tercero. A su vez,

expondremos los resultados del análisis comparativo entre los tres cursos de la diplomatura de la Fundación Jiménez Díaz.

En tercer lugar, mostraremos los resultados obtenidos en el análisis de los dibujos que los profesionales que han participado en nuestro estudio han realizado. Empezaremos por las enfermeras que realizan su actividad profesional en el hospital. A continuación por las enfermeras que realizan su actividad profesional en atención primaria. Seguido de los médicos que realizan su actividad profesional en el hospital. Por último, mostraremos los resultados de los odontólogos que realizan su actividad profesional en una consulta privada.

Una de las hipótesis que manejamos es que los estudiantes de enfermería acceden a los estudios de enfermería con unas concepciones determinadas sobre la profesión de enfermería y que a medida que avanzan en el proceso de socialización académica, de alguna manera, esas concepciones previas se modifican. En este sentido, pensamos que la adquisición de los contenidos teóricos y el llevarlos a la práctica en el hospital van a ejercer influencias sobre el modo de pensar la enfermería por estos estudiantes. Esto se apoya en las posibles diferencias acerca de su concepción del cuidado entre las enfermeras de hospitalización y las enfermeras docentes a la hora de ejercer la enfermería. Relacionado con lo anterior, en nuestra opinión, estaría el conflicto entre los contenidos teoricoprácticos que se enseñan en la escuela y su aplicación en el hospital, que como sabemos, genera una eterna (y falsa) dicotomía entre la teoría y la práctica e influye, considerablemente, en la concepción de la enfermería por el estudiante. Por una parte, percibe a los docentes como transmisores de conocimientos teóricos (presupone que saben, conocen) y de conocimientos prácticos que en su aplicación siguen estrictamente el protocolo (exactamente como se debe hacer). Por otra parte, cuando estos estudiantes llegan al hospital descubren otra realidad que les obliga a discernir entre el modo de hacer enseñado en la escuela y el modo de hacer que se aplica en el hospital. Estas vivencias desconciertan a los estudiantes al inicio y les obligan a distinguir, por un lado, lo que han aprendido en la escuela, que se aproxima al cómo se debe hacer y, por otro lado, a veces, el cómo se modifica en la asistencia por diversas circunstancias (elevadas cargas de trabajo, presión asistencial, tec.) y se aleja del protocolo.

Otra de las hipótesis que nos planteamos tiene que ver con el influjo que ejercen las instituciones académicas concretas en la socialización de los participantes que en ellas se forman. En este caso, entendemos la institución como cualquier organización que engendra una forma específica de socialización, conformada no sólo por prácticas colectivas, sino, también, por las dimensiones morales y cognitivas desde las que se desarrollan los pensamientos morales, en el sentido que Dubet (2006), las entiende. Como ya hemos

comentado en el capítulo de metodología los estudiantes de nuestro estudio pertenecen un grupo a la Escuela de La Paz y, el otro grupo a la Escuela de la Fundación Jiménez Díaz; las dos escuelas tienen en común, en la actualidad, el compartir el mismo plan de estudios y la normativa académica de la misma universidad y, se diferencian en el régimen de financiación, la primera es pública y la segunda es privada. Por todo ello, a priori, pensamos que las ideas, los valores y las metas que cada una de estas escuelas tienen va a marcar, en alguna medida, el modo de pensar o concebir la enfermería.

De esta manera, con una mirada rápida vamos a mostrar en primer lugar, por ejemplo el ideario de la Escuela de La Paz, del que ya hemos hablado en el capítulo III de esta tesis; sabemos que desde sus orígenes es una escuela laica, de carácter público, que nació al lado de un hospital, con el fin de dar cobertura a las necesidades asistenciales que el hospital de La Paz tenía, se dedicó a formar a mujeres, en un principio, en Ayudantes Técnicos Sanitarios, y, después, a Diplomadas y Diplomados en Enfermería. Continuó siendo pública hasta el 1 de enero de 2011 que se integró en una Sección Departamental de la Universidad Autónoma de Madrid. Durante los años de funcionamiento como Escuela de Enfermería, en su ideario podemos destacar, por una parte, la formación de profesionales de enfermería capacitados para dar cuidados integrales (físicos, psicológicos y sociales), a la población buscando el máximo rigor. Por otra, entre sus muchos principios han estado, el mantener el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano como condiciones esenciales para ejercer la enfermería y, la contribución en el progreso y desarrollo de la profesión.

En cambio, la escuela de la Fundación Jiménez Díaz, en sus orígenes estuvo regida por las Hermanas de la Caridad y un médico, posteriormente (a principios de los dosmil) pasa a ser laica, de carácter privado, también, nació al lado de un hospital (como la escuela de La Paz), con el fin de formar a mujeres, primero en Ayudantes Técnicos Sanitarios, y, después, en Diplomadas en Enfermería para dar cobertura a las necesidades asistenciales de la clínica de la Fundación Jiménez Díaz. Dentro de sus valores, por un lado, vamos a señalar el carácter humanitario, de ayuda al que sufre, de acompañar, consolar, etc., aplicando las técnicas y procedimientos con el máximo rigor. Por otro lado, el formar a profesionales capacitados para asumir funciones que le son propias, impartiendo los cuidados desde una visión holística a través de un método, donde la teoría, la práctica y la investigación ayuden a definir la ciencia de la enfermería.

En el punto siguiente vamos hacer algunas consideraciones sobre los resultados del análisis que hemos llevado a cabo con los dibujos realizados por los estudiantes de enfermería de La Paz.

4.1. ANÁLISIS (DESCRIPTIVO) DE LOS DIBUJOS

Con el fin de analizar la forma en que se articulan los rasgos identitarios entre las diferentes categorías asignadas al dibujo, hemos empleado los cinco elementos de la pentada dramática de Kenneth Burke, (1969) a los que hemos mencionado en los Capítulos 2 y 3: el Agente (quién), el Acto (qué), el Modo (cómo lo hizo), la Meta (por qué) y el Escenario (dónde).

Recordemos que los dibujos, en esta tesis, son entendidos como los anclajes de la identidad, en el sentido en el que Araya (2002), tomando el concepto de Moscovici, los formuló. Nosotros entendemos los dibujos como representaciones realizadas por alguien y para alguien, en el sentido de dibujar algo (objeto, cosa) para que el otro interprete lo que quiere representar. Dicho de otra manera, desde el componente declarativo del dibujo, que como sabemos representa el anclaje de la representación social y varía en función del escenario de la dramática para quién se postula. En la medida en que los actores dibujados en nuestro estudio, coincidan o no en los rasgos representados, en alguna medida podremos extraer un gradiente identitario.

Consideramos que este tipo de análisis nos puede proporcionar una información útil, sobre aquellos aspectos de la imagen de la enfermera, que con mayor frecuencia aparecen reflejados en los dibujos. Tras este breve análisis, nos centraremos en las categorías, como vimos en metodología para el análisis establecimos categorías, que hayan presentado un mayor grado de consenso entre los participantes de nuestra muestra, para lo cual, seleccionaremos los que hayan obtenido un mayor porcentaje en cada uno de los grupos, que nos permita pensar en una imagen determinada de la enfermera.

A su vez, con este análisis esperamos encontrar que a medida que los estudiantes vayan pasando de un curso a otro, su representación previa de la enfermera se vaya modificando. Dicho de otra manera, esperamos que las concepciones previas sobre la profesión de enfermería a medida que el estudiante avance en el proceso de socialización académica, de alguna forma, es de esperar que vayan cambiando, en el sentido de ir resaltando aquellos aspectos de cuidado que están asociados a la implicación con la persona cuidada (estar a su lado, acompañando, apoyando, etc.), y, por el contrario, vaya disminuyendo la aparición de instrumentos que, aunque, también, se utilizan en el cuidado, su

elevada representación, nos hace pensar que siguen prevaleciendo los aspectos técnicos de la profesión, sobre los aspectos de los cuidados psicosociales.

Como el lector puede comprobar hemos hecho un análisis pormenorizado de los dibujos que cada uno de los grupos de estudiantes de La Paz, de primero, de segundo y de tercer curso han realizado. Con el fin de tratar de responder a las hipótesis que nos hemos planteado, vamos a comenzar, en primer lugar por describir someramente los resultados obtenidos, al relacionar las variables agrupadoras utilizadas en nuestro estudio, con las categorías establecidas, para el análisis de los dibujos.

Seguidamente les presentamos los resultados obtenidos con cada uno de los grupos, así, como la evolución que han seguido cada uno de ellos. Comenzaremos, como ya hemos comentado, por los resultados de los estudiantes, de los tres cursos de La Paz.

4.1.1. Evolución de la representación de la enfermera de los dibujos de los estudiantes de La Paz a lo largo del *curriculum*

En este punto vamos a analizar la evolución que han seguido los estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería de la La Paz a lo largo del proceso formativo. Estos resultados han sido extraídos de los dibujos que realizaron representando a la enfermera o enfermero. Con este fin, comenzaremos presentando el análisis de cada una de las categorías que hemos asignado al dibujo.

CATEGORÍA GÉNERO

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
Femenino	88,52%	98,25%	92%
Masculino	11,48%	1,75%	8%

Tabla 27. Evolución en la concepción de Género en los tres cursos de La Paz.

De manera que, viendo los resultados en la Tabla 27 podemos observar que en la categoría Género los tres grupos han representado mayoritariamente una figura *femenina*. Aunque, apreciamos diferencias entre ellos, el incremento mayor se produce en el grupo de segundo, que está por encima de primero y de tercero. Estos resultados se corresponden, en alguna medida, con el número de estudiantes masculinos que han participado en nuestro

estudio, donde encontramos una posible explicación. Así, sabemos que el número de estudiantes masculinos de primero ha sido siete y, de estos, cuatro de ellos, ha dibujado a una enfermera y tres a un enfermero. En cambio, en segundo el número de estudiantes masculinos ha sido tres y, los tres, han dibujado a una enfermera. Por último, el número de estudiantes masculinos de tercero ha sido cuatro, de los cuales, tres dibujan a una enfermera y uno a un enfermero.

CATEGORÍA EDAD

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Joven</i>	83,61%	91,23%	96%
<i>Maduro</i>	16,39%	8,77%	4%

Tabla 28. Evolución en la concepción de Edad en los tres cursos.

Como podemos apreciar en la Tabla 28 se va produciendo un incremento en la representación por curso de primero a tercero, al dibujar una enfermera *joven*. En cambio, en maduro, como es obvio, ocurre lo contrario disminuye la frecuencia de primero a tercero.

CATEGORÍA CABEZA

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Calvo</i>	3,28%	1,8%	8%
<i>Pelo corto</i>	11,48%	8,77%	10%
<i>Pelo recogido</i>	47,54%	45,6%	60%
<i>Pelo rizado y alborotado</i>	6,56%	12,3%	12%

Tabla 29. Evolución en la configuración de Cabeza en los tres cursos de La Paz.

En esta categoría como aparece en la Tabla 29, podemos destacar la evolución que han seguido en su representación los distintos códigos. Así, en el código *calvo* hay una frecuencia relativamente representativa en primero, en segundo disminuye y en tercero aumenta ligeramente. En *pelo rizado y alborotado*, en primero tiene un porcentaje, en segundo aumenta y en tercero se mantiene, en nuestra opinión, estos porcentajes, en alguna medida, están condicionados por los canones estéticos o tendencias de la moda. En *pelo corto*, pensamos, los porcentajes que presenta tienen que ver, por una parte, con la baja

representación de figuras masculinas, como ya hemos comentado y, por otra, en este caso, como buena práctica al aplicar los cuidados. El *pelo recogido* aparece en primero, en segundo disminuye ligeramente y en tercero aumenta, este incremento, de alguna manera, lo podemos relacionar con la insistencia ejercida desde la escuela, para que los estudiantes lleven el *pelo recogido* durante el periodo del aprendizaje clínico. Por este motivo, esperábamos que la representación de la enfermera con pelo recogido fuese aumentando, como así ha sido.

En esta categoría, debemos recordar, que al pelo le otorgamos importancia, por una parte, por ser un elemento ornamental de la figura de la enfermera (pelo largo, pelo rizado y alborotado) que en algunas representaciones estereotipadas de la enfermera aparece, por otra, el *pelo recogido* es importante que esté recogido para impartir los cuidados y, en alguna medida, configura un rasgo de identidad.

CATEGORÍA CARA

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Gafas</i>	8,20%	3,51%	4%
<i>Labios pintados</i>	6,56%	5,26%	8%
<i>Ojos pintados</i>	19,7%	28,07%	20%
<i>Pendientes</i>	6,56%	8,77%	4%
<i>Barba</i>	3,28%	-	-

Tabla 30. Evolución en la configuración de Cara en los tres cursos de La Paz.

Como acabamos de ver en la Tabla 30, en esta categoría la evolución que han seguido los *labios pintados* en primero tiene un porcentaje bajo, que desciende ligeramente en segundo y en tercero aumenta ligeramente; los *ojos pintados* aparecen en primero, en segundo aumenta y en tercero disminuye; los *pendientes* evolucionan en primero con baja representación, en segundo aumenta ligeramente y en tercero disminuye; las *gafas* están representadas en primero, descienden en segundo y en tercero se mantiene; la *barba* está representada solamente en primero. En esta categoría, tanto, los labios y los ojos pintados, como los pendientes, que aparecen en ella están relacionados con la feminidad de la enfermera, que consideramos no necesaria para cuidar y, como esperábamos, estos códigos tienen una baja representación. En cambio, la ornamentación de la cara adquiere alguna importancia, cuando aparece acompañando a un determinado atuendo, junto con algunos

símbolos de la imagen de la enfermera, que acentúan el estereotipo, remarcando unas señas de identidad que no la corresponden como profesión.

CATEGORÍA EXPRESIÓN FACIAL

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Alegre</i>	57,38%	59,65%	56%
<i>Cálida</i>	85,2%	82,46%	88%
<i>Seria</i>	42,62%	40,35%	44%

Tabla 31. Evolución en la Expresión facial en los tres cursos de La Paz.

En esta categoría, como muestra la Tabla 31, en *alegre y cálida* tienen unos porcentajes altos que, más o menos, se mantienen a lo largo de los tres cursos. En cambio, en *seria* observamos que disminuye ligeramente en segundo y, en tercero aumenta. En esta tendencia de aumentar la representación de la enfermera *seria*, podemos pensar que esta influenciada, por una parte, por la cultura de la organización y, por otra, por el proceso de socialización en el aula, desde el que se trasmite que la enfermera debe ser seria con una expresión de calidez y cercanía. Luego, en esta categoría, en alguna medida, podemos decir que hemos obtenido los resultados que esperábamos.

CATEGORÍA EXPRESIÓN CORPORAL

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>disponibilidad</i>	81,97%	66,67%	96%
<i>distancia</i>	21,31%	28,07	16%
<i>cercanía</i>	78,69%	71,23%	84%
<i>receptividad</i>	82%	89,5%	92%
<i>suficiencia</i>	4,92%	24,56%	16%
<i>defensa</i>	14,8%	19,30%	16%

Tabla 32. Evolución en la Expresión corporal en los tres cursos de La Paz.

En la Expresión corporal, como aparece en la Tabla 32, destacamos la evolución de *disponibilidad, receptividad y cercanía* que más o menos han ido aumentando los porcentajes de primero, a segundo y a tercero. Tal y como, esperábamos que ocurriera. Esto se debe, a que

a estas actitudes las consideramos importantes para cuidar. En cambio, en los códigos *defensa*, *distancia* y *suficiencia* esperábamos obtener unos porcentajes más bajos y, aunque no son altos a estos porcentajes los consideramos importantes, por ser actitudes que, en nuestra opinión, no favorecen el cuidado. En relación a ellas, sabemos que desde la escuela, no son bien percibidas, por tanto no se potencian. En cambio, las actitudes de acercarse al otro, transmitiendo *disponibilidad*, *receptividad* y *cercanía* si que se potencian desde la escuela. Por tanto, podemos decir, que en Expresión corporal, los porcentajes son más altos en tercero, en *disponibilidad*, *receptividad* y *cercanía*, que en primero y segundo curso, como esperábamos. Luego, con estos resultados, también decimos, que una de nuestras hipótesis, en cierta medida, se va confirmando.

CATEGORÍA ATUENDO

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>pijama</i>	95,08%	92,98%	84%
<i>Bata</i>	4,92%	8,77%	4%
<i>Falda</i>	3,28%	3,51%	16%
<i>Pantalón</i>	1,64%	3,51%.	-
<i>Camisa</i>	-	-	4%
<i>Identificación</i>	52,5%	47,4%	32%
<i>Zapatos</i>	-	7,02%	4%
<i>Zuecos</i>	98,36%	89,47%	96%
<i>Zapatos de tacón</i>	1,64%	3,51%	-

Tabla 33. Evolución del Atuendo en los tres cursos de La Paz.

En la Tabla 33 vemos que existen pequeñas diferencias en los tres cursos al representar el Atuendo de la enfermera, no obstante, vamos a analizarlos. Así, el *pijama* en los tres cursos aparece con altos porcentajes, de forma, que en primero lo representan un porcentaje alto, en segundo disminuye y en tercero vuelve a disminuir. Estos resultados se pueden interpretar, por un lado, desde la visión de concebir al pijama como una prenda cómoda para trabajar y, por otro, al hecho de ser una recomendación obligatoria de la escuela hacia los estudiantes de llevar pijama y zuecos o zapatos, durante el aprendizaje clínico. También, pero con menores porcentajes hemos encontrado representada la *falda* que aparece

en primero, disminuye en segundo y alcanza su mayor frecuencia en tercero. Si bien es cierto que estos porcentajes son bajos, por nuestra parte no esperábamos que estuviese representada, al no ser de uso habitual en la actualidad. Por su parte, la *camisa*, solamente, la dibujan los estudiantes de tercero y la *identificación* tiene un porcentaje en primero, en segundo disminuye y en tercero vuelve a disminuir, a pesar de ser una recomendación de la escuela de obligado cumplimiento por el estudiante (durante el periodo de aprendizaje clínico) y, estos estudiantes en un porcentaje importante la omite. Por último, en *zapatos de tacón* que los estudiantes de primero los representan y en segundo aumenta su representación y, como esperábamos no aparecen en tercero. Esto hace que de alguna manera una de nuestras hipótesis se vaya confirmando.

Viene al caso recordar, lo ya comentado en el Capítulo 2 y anteriormente, que respecto al uniforme de las enfermeras, tanto los estudiantes de enfermería, como las enfermeras que participan en nuestro estudio, dicen de él, que debe ser adecuado y cómodo para trabajar (ver en el Capítulo 6 de esta tesis). A su vez, el uniforme ha tenido y tiene una función práctica que, de alguna forma, ha reflejado y refleja las distintas atribuciones que se la han ido otorgando a la enfermera (Sellán, Vázquez y Blanco, 2005).

Con estos resultados, aunque mayoritariamente y, como esperábamos, la enfermera está con *pijama*, la aparición de la *falda*, *camisa* y *zapatos de tacón*, los podemos interpretar como causados por las reminiscencias de los estereotipos sociales que sobre la enfermera en distintas situaciones han circulado.

CATEGORÍA SÍMBOLOS

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Gorro</i>	3,28%	-	-
<i>Cofia</i>	6,56%	1,75%	8%
<i>Cruz</i>	6,56%	-	8%
<i>Jeringa</i>	13,11%	22,8%	8%
<i>Mascarilla</i>	-	-	-
<i>Fonendo</i>	31,15%	5,26%	4%
<i>Documento</i>	14,75%	10,5%	8%

Tabla 34. Evolución de los Símbolos en los tres cursos de La Paz.

Por último, en la categoría Símbolos (ver Tabla 34), destacamos la *cofia* aparece dibujada en primero, disminuye en segundo y se produce un incremento en su representación en tercero. En este caso, podemos ver, en los estudiantes de primero, al igual que con el gorro, las influencias culturales con las que llegan a la escuela. En cambio, en segundo la disminución que encontramos en su representación, la podemos atribuir, en alguna medida, a las influencias de la propia escuela. Sin embargo, el que haya aumentado en tercero cuando esperábamos que hubiese desaparecido, se puede relacionar con una influencia (de transmisión oral o escrita) de la cultura, que como hemos venido comentando, sigue estando impregnada de los símbolos (medios de comunicación) y creencias de una época anterior. Viene al caso, recordar que la cofia en nuestro país se dejó utilizar hace poco más de treinta años, hecho que produjo un gran júbilo, en la mayoría, de las enfermeras. El *fonendo* (fonendoscopio) ha seguido una evolución acorde a como esperábamos que estuviese representado. Así, en primero tiene un porcentaje de representación, que consideramos importante, que disminuye en segundo y en tercero. También aquí, podemos ver las influencias de la escuela. Por una parte, a los estudiantes se les enseña el uso y utilización del fonendo y, por otra, se les recuerda que no es necesario llevarlo colgado, cuando no se va a utilizar. Por último, a la enfermera con un documento la percibimos como una profesional preocupada por la evolución de los pacientes que cuida y registra los cuidados impartidos. Por tanto, esperábamos que fuese aumentado la representación al ir pasando de un curso a otro, en cambio, en los resultados que hemos obtenido en en primero, en segundo y en tercero, no se ha cumplido lo esperado.

Después de este análisis, podemos decir, comenzando por los resultados obtenidos en la categoría Cabeza, que esperábamos que el pelo recogido apareciese con alta representación, y no ha sido así. Ya que, conviene recordar, que consideramos que el pelo debe estar recogido para impartir los cuidados técnicos de la profesión y, además, en alguna medida, configura un rasgo de identidad enfermera. Sin embargo, como esperábamos, hemos obtenido un aumento en su representación de primero a tercer curso, que lo podemos atribuir a la influencia de la escuela. También, hemos obtenido los resultados esperados los *labios* y los *ojos pintados* y, *pendientes*, que como recordarán, esperábamos que tuviesen una baja representación y ha sido así. A su vez, en la expresión de seriedad por parte de la enfermera, que aumenta de primero a tercero, también, hemos obtenido, en alguna medida, los resultados esperados. Esto lo podemos atribuir, por una parte, a la cultura de la organización y, por otra, al proceso de socialización en el aula, desde el que se transmite que la enfermera debe

ser seria. Además, en disponibilidad, receptividad y cercanía, también, su representación ha sido alta, como esperábamos. Lo mismo ha ocurrido con el pijama y los zuecos, que hemos obtenido alta representación en los tres cursos, estos resultados los podemos atribuir, por un lado, a la concepción del pijama y los zuecos como vestimenta cómoda para trabajar y, por otro, al hecho de ser una recomendación obligatoria de la escuela hacia los estudiantes de llevar pijama y zuecos o zapatos, durante el aprendizaje clínico. Luego, aquí también, se ha cumplido lo esperado. Por su parte el fonendo ha seguido una evolución en su representación, acorde a como esperábamos que estuviese representado. Donde, también, hemos percibido las influencias de la escuela. Por último, los zapatos de tacón que los estudiantes de primero los representan y en segundo aumenta su representación y, como esperábamos no aparecen en tercero, por lo cual, de alguna manera, una de nuestras hipótesis se ha ido confirmando.

Por otra parte, relacionado, también, con el atuendo hemos obtenido que la falda, aunque con baja representación, ha aumentado de primero a tercero y, no esperábamos que estuviese representada. Lo mismo ocurre con la camisa que, sólo, la dibujan los estudiantes de tercero y, tampoco esperábamos que estuviese representada. En cuanto a la identificación, que desde la escuela se recomienda que el estudiante la lleve durante el aprendizaje clínico, hemos obtenido una representación por debajo de lo esperado. A su vez, relacionado con la cofia que está representada con porcentajes muy bajos, esperábamos que no apareciese y, como hemos visto ha aumentado de primero a tercero. Por último, a la enfermera con un documento la evolución que ha seguido, ha sido la contraria a lo esperado, ha ido disminuyendo de primero a tercero, por tanto, no se ha cumplido lo esperado.

A continuación, para facilitar al lector la comprensión del análisis realizado, vamos a presentar algunos tipos de dibujos realizados por los estudiantes de cada uno de los cursos de La Paz, que recogen las categorías asignadas a los dibujos, que hemos utilizado para el análisis.

4.1.1.1. Dibujos representativos de la enfermera en cada uno de los cursos

Muestra de dibujos correspondientes a cada uno de los cursos

Con el fin de ilustrar el análisis que hemos realizado, vamos a presentar los dibujos de los estudiantes de primero, los dibujos correspondiente a segundo y los dibujos representados por los de tercero. En ellos, también, les iremos mostrando, tanto las semejanzas, como las diferencias, de esos dibujos elegidos. Aunque, en alguna medida, la siguiente exposición, al

lector le parezca redundante, en nuestra opinión, consideramos que le puede resultar útil para comprender nuestro análisis.

Comenzaremos presentando una representación de dibujos de los estudiantes de primer curso de enfermería de La Paz.

Representación de la enfermera por los estudiantes de primer curso de enfermería de La Paz

Como podemos ver en la Figura 6, mostramos tres tipos de dibujos realizados por los estudiantes de primero que hemos elegido, por considerar que recogen, en cierta forma, los resultados que hemos ido presentando anteriormente, en cada una de las categorías que asignamos al dibujo.

Imágenes: a

b

c

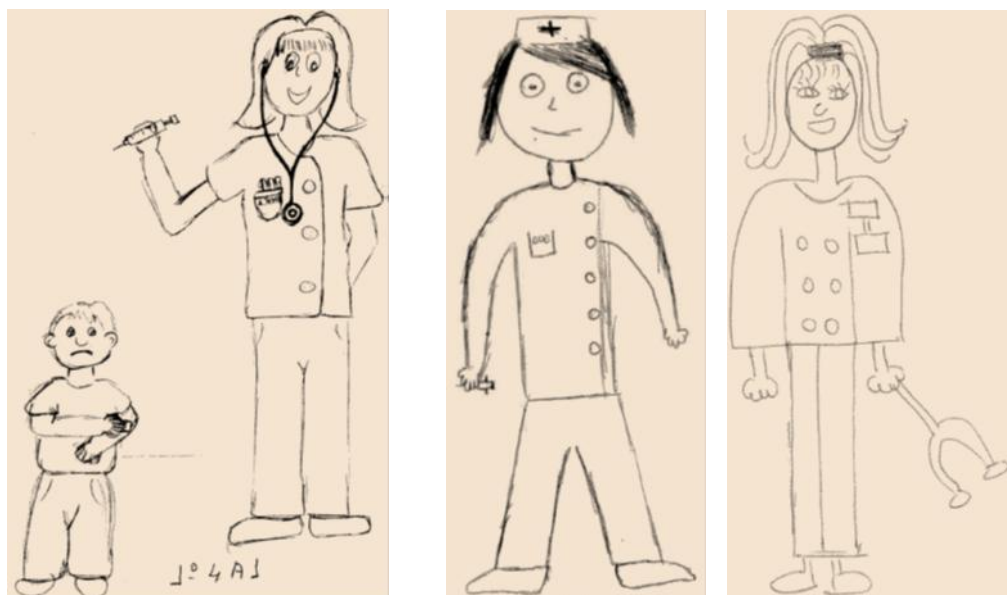


Figura 6. Dibujos correspondientes a estudiantes de primero de La Paz

De manera que las tres imágenes de la enfermera representada son mujeres, *jóvenes*, con *pelo largo*, con una expresión *alegre y cálida*; llevan *pijama*, *identificación*, *zuecos*, *jeringa* y *fonendoscopio*. Sin embargo, podemos observar algunas diferencias entre ellas, como por ejemplo en la imagen **a** se percibe una actitud distante hacia el cuidado. Esto se debe, en nuestra opinión, a que es una enfermera centrada en la técnica, ya que, lleva una jeringa y fonendo, y, además, muestra una actitud de *defensa* y *distancia* hacia el niño que está a su lado, al que ella no consuela, a pesar de, que el niño refleja un gesto de dolor. En este caso,

esperábamos que la enfermera se mostrase compasiva, escuchando, acercándose al niño y consolándole. Es decir, mostrando una actitud de cuidado hacia el otro y no ha sido así.

Por otra parte, la imagen **b** nos transmite *calidez, confianza, disposición* de ayuda, lo único que la distorsiona es la *cofia*. Por último, en la imagen **c** vemos actitudes de *suficiencia, distancia* sin *disposición* a cuidar. Tal y como, se muestra esta enfermera en el dibujo, percibimos que no la interesa el cuidado. Conviene recordar que estos dibujos son el anclaje de la identidad enfermera, como vimos en el Capítulo 2.

La forma de concebir a la enfermera que este grupo de estudiantes tiene de la enfermera, como hemos visto, la podemos representar en una mujer *joven, con pelo largo, ojos pintados*, con una expresión facial *cálida*, a la vez, que su expresión corporal muestra cierta *distancia*, lleva *pijama, zuecos, jeringa, fonendo* y, en algunas ocasiones *cofia*. Basándonos en esa representación, podemos decir, que es una enfermera más centrada en las técnicas y procedimientos, que en el cuidado. El hecho de que predominen las técnicas sobre el cuidado, en nuestra opinión, se puede deber a que son estudiantes de primero, recién iniciados en la formación y, por tanto, sus representaciones de la enfermera tienen un carácter estereotipado. Es decir, están mediadas por influencias previas ejercidas por la cultura en su socialización.

A continuación vamos a presentar los dibujos que hemos seleccionado por considerar que recogen los rasgos más característicos de los dibujos que los estudiantes de segundo curso han realizado.

Representación de la enfermera por los estudiantes de segundo curso de enfermería de La Paz

Al igual que hemos presentado los dibujos realizados por los estudiantes de primero, también aquí, con los estudiantes de segundo les vamos a mostrar las imágenes que hemos elegido representando a la enfermera. Ya que, consideramos que recogen, en cierta forma, los resultados, que hemos ido presentando anteriormente en cada una de las categorías que asignamos al dibujo.

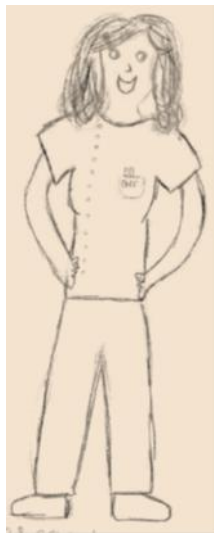
A la vista de estas tres imágenes (ver Figura 7) que representan a la enfermera, podemos encontrar lo que las asemeja y, aquello que las diferencia. La primera de ellas **a** coincide con las otras dos en ser *mujer, joven, con pelo recogido, ojos pintados*, llevan *identificación* y *zuecos*. Sin embargo, presenta diferencias en la categoría *Atuendo*, por ser la única que lleva una especie de *bata* larga tipo “hábito”, con un documento, se muestra *seria, distante*, con alguna *defensa*. El escenario en el que se encuentra, nos parece una consulta de

enfermería por la presencia de una mesa, un ordenador y una silla, elementos, que consideramos, fríos y distantes. Por otra parte, en las otras dos imágenes percibimos *alegría, calidez, receptividad y disposición* para cuidar. También, en la tercera imagen **c** debemos señalar que lleva *zapatos de tacón* y su pelo, siendo largo se muestra, en alguna medida, encubriendo a una *cofia* o toca.

Imágenes: a



b



c



Figura 7. Dibujos correspondientes a estudiantes de segundo de La Paz

Por tanto, hemos obtenido que los estudiantes de segundo curso nos muestran en sus representaciones una figura *femenina, joven, con pelo largo, pelo recogido, ojos pintados*, que lleva *pijama, zuecos*, es *cálida, distante*, con alguna *defensa*, entendida en el sentido de no mostrar las manos, por ejemplo, como podemos ver en las imágenes **a** y **b** que la enfermera tiene las manos ocultas, en cambio, en la imagen **c** están expuestas.

Las diferencias de este grupo respecto a primero, las hemos encontrado, en los códigos *jeringa, fonendo y cofia*, que este grupo no los ha representado, en cambio, el grupo de primero, como hemos visto, si los ha representado. Por lo cual, en alguna medida, podemos intuir que existen elementos que son más proclives al cuidado, a pesar de no estar representada ninguna persona (paciente) al lado de la enfermera. Por tanto, podemos decir que, de alguna forma, una de nuestras hipótesis de partida, como ya vimos anteriormente, se va confirmando.

A continuación, presentamos los dibujos elegidos para su discusión y que han sido realizados por los estudiantes de tercero curso.

Representación de la enfermera por los estudiantes de tercer curso de enfermería de La Paz

De la misma forma, que hemos presentado los dibujos realizados por los estudiantes de primero y segundo, también aquí, con los estudiantes de tercero vamos a mostrar las imágenes que hemos elegido representando a la enfermera, en este caso hemos seleccionado cuatro imágenes, porque en cierta medida, hemos ido detectando un gradiente de identidad enfermera que se recoge en estos dibujos.

Imágenes:

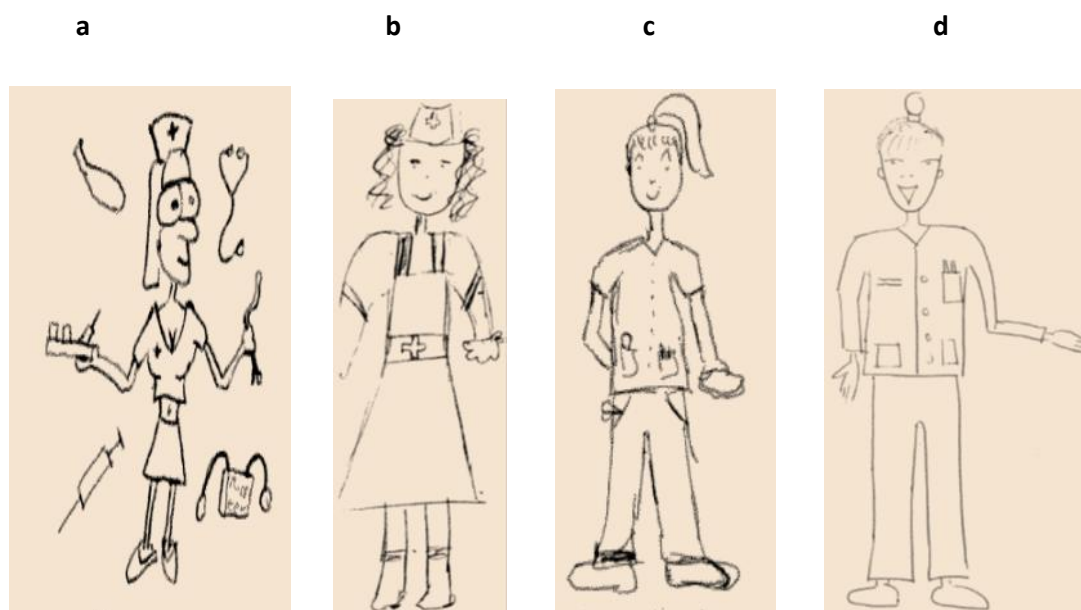


Figura 8. Dibujos correspondientes a estudiantes de tercero de La Paz

En estas imágenes representativas de la enfermera (ver Figura 8), todas tienen pelo y disposición de cuidar. La imagen **a** nos muestra a una enfermera rodeada de instrumentos, está centrada en las técnicas y procedimientos. Sin embargo, tiene en común con la imagen **b**, la semejanza en el atuendo, al llevar las dos *faldas, camisa, vestido y cofia* con *cruz*. Se diferencian en la Expresión de facial, que aunque en las dos es de *seriedad*, la imagen **b** transmite *calidez, cercanía y disposición* a cuidar. Por su parte la imagen **c** muestra a una enfermera *seria, cálida*, con alguna *defensa* (una mano escondida, la otra con un instrumento), lleva *pijama, zuecos, tijera*, un aparato (glucómetro), predominan los aspectos técnicos de la profesión. La imagen **d** lleva *pijama, zuecos e identificación*, tiene los *ojos pintados*, es *alegre, cálida, cercana, receptiva*, (apertura de brazos y manos) y está dispuesta a cuidar.

A través del análisis de los dibujos realizados el grupo de estudiantes de La Paz hemos ido obteniendo un gradiente de identidad enfermera que, de alguna manera, proyectan una

tipología de dibujos que van configurando cada una de las representaciones que con mayor frecuencia han elegido los participantes de nuestro estudio.

A hilo de lo anterior, nosotros concebimos un tipo ideal de enfermera que, en alguna medida, está representada por una figura *femenina* o *masculina* que lleva el *pelo corto o largo*, en cuyo caso, debe estar recogido. La cara para cuidar no es necesario que esté pintada, por tanto, los ojos y los labios pintados no deberían aparecer. La expresión de la cara debe ser *cálida, alegre* o *seria*. La expresión corporal debe expresar *cercanía, receptividad y disposición* de ayuda, actitudes que como venimos diciendo son favorables en el cuidado. Por el contrario, no debe mostrar *suficiencia, distancia*, ni *defensa*, por ser actitudes que no favorecen el cuidado. El atuendo puede ser un *pijama y/o bata*, y puede calzar *zapatos o zuecos*. Los símbolos que forman parte de la dimensión técnica del cuidado son la *jeringa*, la *maskarilla*, el *fonendo*, el *esfingomanómetro*, el *documento*, y los lleva la enfermera, solamente, cuando va a administrar alguna técnica o procedimiento del cuidado. En cambio, otros símbolos como la *cofia*, la *cruz*, no son necesarios para cuidar.

Partiendo de esta concepción identitaria de una enfermera cuidadora en función de las desviaciones de este modelo o tipo encontradas en nuestro análisis podemos configurar los tipos de dibujos que con mayor frecuencia han representado nuestros participantes. A su vez, esta tipología nos permitirá ver las inclinaciones representativas que se dan entre estos participantes.

La figura que mayoritariamente han representado los estudiantes de tercero, como ya les presentamos anteriormente, ha sido *femenina, joven*, con *pelo largo, pelo recogido, ojos pintados, cálida*, con alguna *defensa* y distancia lleva *pijama, zuecos, jeringa, fonendo*, en ocasiones *falda, cruz* y *cofia*. Luego, existen diferencias entre el grupo de tercero y segundo. Esto se debe a que el grupo de estudiantes de segundo ha representado la *jeringa*, el *fonendo* y la *falda* en mayor porcentaje que el de tercero. En cambio, la *cofia* el grupo de tercero la ha representado con un porcentaje mayor que primero, porque en segundo no la han representado. Percibimos, no obstante, la existencia de elementos tendentes al cuidado humano como son la *calidez*, la *cercanía* y *disposición* de ayuda, conviviendo con elementos proclives a los aspectos técnicos, como es la presencia de la *jeringa, fonendo* y *batea* (su representación se asocia a instrumentos muy presentes en el modelo biomédico utilizado en una etapa anterior). Por otra parte, nos ha llamado la atención el hecho de que en este grupo de tercero haya aumentado la frecuencia de representación de la *cofia* y del *uniforme* tipo

militar, cuando esperábamos lo contrario, que no estuviese representada ni la *cofia*, ni el uniforme.

Como acabamos de ver, es una enfermera que en un sentido se acerca a la enfermera representada por el grupo de primero, centrada en las técnicas y procedimientos y, en el otro sentido, se acerca a la representación que el grupo de segundo tiene sobre el cuidado. Es decir, de alguna manera, muestran una ambivalencia, por un lado, está el deseo de realizar las técnicas instrumentales solamente, sin implicaciones personales y, por otro, dar cuidados que implica, además de realizar las técnicas instrumentales comprometerse con la persona cuidada. Esto conlleva utilizar la comunicación relación y apoyo psicosocial que requiere un esfuerzo personal.

En cuanto a los símbolos (*cofia con cruz*) que en su devenir histórico siguen acompañando a la enfermera en su representación y, como hemos visto, estaban representados en el grupo de primero, y aumenta su representación en segundo y en tercero, no encontramos argumentos que justifiquen su presencia y, menos aún, si tenemos en cuenta la cultura de la escuela, desde donde, se los concibe formando parte del estereotipo con el que se representa a la enfermera que, de alguna manera, ha impregnado la imagen que la sociedad tiene de su representación.

Sin embargo, podríamos explicarlo desde el componente declarativo del dibujo, que como sabemos representa el anclaje de la representación social y varía en función del escenario de la dramaturgia para quién se postula. De manera que cuando a un participante se le invita a dibujar una enfermera, va a tratar de adecuar su dibujo para la persona que se lo ha pedido, colocando en la figura representada, alguno de los símbolos que faciliten su identificación.

Estos resultados nos hacen ver que, en alguna medida, una de nuestras hipótesis de partida no se ha confirmado. Como recordará el lector, esperamos que los cambios en la representación de la enfermera, respecto a segundo, fuesen más manifiestos y mayores en el grupo de tercero y, no ha sido así, nos hemos encontrado con que algunos códigos (*cofia*, *cruz*, *falda*) han aumentado su representación. Por tanto, podemos decir, por el momento, retomando los conceptos sobre identidad planteados por el sociólogo Zygmunt Bauman (1999), que hay símbolos unívocos que han acompañado y forman parte del imaginario construido en torno a la figura de la enfermera, que la otorgan una *identidad sólida*, como es en este caso la *cofia*.

Viene al caso recordar algunas de las pinceladas que sobre el uso de la *cofia* (mostramos en el Capítulo 2 de esta tesis). Es un símbolo que proviene de la época cristiana y

fue retomado por los movimientos reformistas de la escuela de enfermeras propugnada por Florence Nightingale en Inglaterra. A través de la *cofia* el gremio de la enfermería recuperaría de nuevo la confianza de la sociedad. Dado que, en la época victoriana era común la presencia de carteles con la imagen de la enfermera. Estas carteleras tenían como fin captar voluntarios para enrolarse en las causas bélicas de las guerras de finales del siglo XIX, de la guerra civil española y las dos guerras mundiales del siglo XX. De manera que la imagen de la enfermera de guerra combinando una cierta ingenuidad estilística y formal con un aire patriótico, conforme fueron pasando los años se fue suavizando hasta alcanzar el estilo *glamuroso* del Hollywood dorado, pero sin perder ese aura heredada de la iconografía cristiana. Esa misma imagen es la que ofrecían los cómics estadounidenses de entreguerras, que en sus inicios protagonizaban historias de amor. Posteriormente se convirtieron en un arma propagandística encubierta donde las vestimentas de las enfermeras en el frente bélico imitaban las formas y los colores de algunos superhéroes. A su vez, la fotografía, también, fue un medio propagandístico eficaz para la captación de enfermeras voluntarias para el frente bélico.

Por otra parte, el cine del siglo XX no ofreció una imagen condescendiente con la enfermera, al hacer una parodia del personaje de la enfermera como mero objeto sexual en sus películas. Igualmente en el mundo discográfico del pop y del rock ha mostrado ese cliché de la enfermera voluptuosa y sensual. Una imagen estereotipada de la “enfermera sexy” que ha prevalecido hasta hoy en casi todos los medios, llegando a desarrollar un subgénero en el ámbito de la pornografía (ver Sánchez, 2005).

Además, en la actualidad si utilizamos uno de los sistemas de comunicación masivos como es Internet, tecleamos “enfermera” en Google y buscamos imágenes, se nos ofrece un montón de representaciones de la enfermera. Entre las cincuenta primeras podemos comprobar que en veintisiete de ellas está presente la *cofia*. Luego, al pedirle a alguien, que dibuje una enfermera, por una parte, no nos debería sorprender si en su representación aparece dibujada con este símbolo, ya que cuando está presente es unívoco y, por otra, en este caso, la persona dibuja para otra y de alguna manera trata de facilitarla la comprensión o adapta las características del dibujo de acuerdo a la persona que se lo ha pedido.

Con este recorrido sobre las distintas representaciones que de la enfermera se han mostrado a la sociedad, pretendemos de alguna manera justificar o comprender el hecho de que, tanto los estudiantes de enfermería como los profesionales de la salud de nuestro estudio, continúen representando a la enfermera con *cofia*, cuando no es un símbolo que lleve

ni la enfermera de hospitalización, ni la enfermera de atención primaria. En cambio, estas enfermeras, también, como veremos, se han representado a sí mismas con cofía.

La influencia de la formación académica en la representación de la enfermera la podemos percibir en aquellas imágenes, donde la enfermera está con un atuendo adecuado (*pijama, zuecos o zapatos cómodos, pelo recogido*) para llevar a cabo su actividad, sin símbolos de ningún tipo, mostrándose *alegre o seria, cercana, cálida, receptiva, con disposición* de ayuda, transmitiendo seguridad, confianza, con capacidad de escucha y siendo comprensiva con la persona que cuida, además, de realizar las técnicas y procedimientos con el máximo rigor.

Desde primero de la diplomatura, en la escuela de La Paz, al estudiante se le potencia en el desarrollo de su autonomía personal y profesional con el fin de que cuando esté realizando las prácticas clínicas sea capaz de administrar cuidados buscando la autonomía de paciente, dando respuesta a sus necesidades desde una visión holística de la persona y colaborar con el equipo de salud. Además, entre los valores que se persiguen desde la institución se encuentra, desarrollar la capacidad de respeto por la vida, la dignidad y los derechos de la persona por considerarlas condiciones necesarias para ejercer la enfermería.

En este caso, acabamos de presentar el análisis de los estudiantes de la escuela de La Paz que han sido formados bajo los principios que esta institución tiene, entre otros, ya comentados, el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano como condiciones esenciales para el ejercicio de la enfermería. Formando parte de sus fines está el formar a profesionales de la enfermería para que atiendan las necesidades sociales, económicas y sanitarias de la población; capacitarlos para dar cuidados integrales, que sean capaces de colaborar para mejorar la salud, que contribuyan en el progreso y desarrollo de la disciplina y que desarrollen la capacidad crítica y de investigación.

Viene al caso recordar, como ya vimos en el apartado de metodología, que hemos trabajado con estudiantes de dos escuelas distintas, que en alguna medida difieren en valores, horizontes o fines concretos. Uno de nuestros objetivos ha sido analizar las influencias que la cultura (valores, creencias, opiniones, fines) propia, de cada una de ellas, ejerce sobre la percepción de la enfermera por los estudiantes. En la medida en que estas semejanzas o diferencias, si las hubiese, estén presentes, las podríamos detectar, en el cómo aparezca representada la enfermera en los dibujos.

Las influencias que sobre los estudiantes ejerce el ideario, valores y fines que desde la escuela de La Paz se proclaman, las vamos a encontrar, algunas de ellas, en el uniforme que está representado mayoritariamente por el uso de pijama y zapatos o zuecos cómodos, generalmente, el pelo recogido. Respecto al uso de pijama y zapatos los porcentajes obtenidos

han sido altos, luego, nuestras expectativas se han cumplido. En relación al pelo recogido, opinamos que a pesar de ser alto, no se corresponde con la insistencia ejercida desde la escuela para que se cumpla. Otra de estas influencias debidas a la socialización en la escuela es la representación de una enfermera que se muestra alegre, cercana, receptiva, disposición de ayuda, transmitiendo *seguridad, confianza*, con capacidad de escucha y mostrándose comprensiva con la persona que cuida, aquí hemos obtenido porcentajes altos.

Por otra parte y, por contra, también, están elementos proclives a los aspectos técnicos como es la presencia de la jeringa, fonendo y batea que las enfermeras utilizan en el ejercicio de su actividad, que en la escuela se enseña y practica su utilización, pero como meros elementos que forman parte del cuidado, relacionado con esto, estaría la baja frecuencia de su representación, que es la influencia esperada.

En cuanto a la presencia de la *cofia*, debemos recordar que este grupo de estudiantes la representa en un porcentaje muy bajo, que interpretamos como una influencia (de transmisión oral o escrita) de la cultura, tal y como venimos comentando, que sigue estando impregnada de los símbolos (medios de comunicación) y creencias de la enfermera, pertenecientes a una época anterior que al recordarlas y representarlas en el imaginario simbólico se las distingue por estos elementos que la acompañan. Su presencia en instituciones públicas nos sorprende, aunque, podemos atribuirlo a reminiscencias del pasado, no deja de mostrar una cierta ligazón con él y, sobre todo, que desde la escuela, por una parte, se muestra la época de su utilización y los significados que le acompañan y, por otra, se pondera como un logro el haber conseguido que se deje de utilizar. Enlazando con lo comentado en este punto, viene al caso recordar (ver Capítulo 2) que los símbolos que acompañan a una figura son elementos que constituidos en arquetipos y estereotipos, cimientan un mecanismo cognoscitivo que participa en la construcción del conocimiento y, del funcionamiento de la memoria, convirtiéndose en un mecanismo eficiente en el aprendizaje con el que construimos la realidad contextual. De manera, que al formar parte de la estructura mental, facilita la elaboración de formas culturales cuyo significado procede de ese contexto cultural en el que está sumergido (Bartlett, 1995).

Como hemos anunciado, encaja recordar que en el Capítulo 5 vamos a mostrar los resultados del análisis comparativo de los dibujos entre todos los estudiantes de enfermería de La Paz y todos estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz.

Seguidamente, continuando con nuestra línea de análisis seguida con los estudiantes de La Paz, presentaremos los resultados del análisis de los dibujos realizados por los

estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz a lo largo del *currículum*.

4.1.2. Evolución de la representación de la enfermera en los dibujos de los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz a lo largo del *currículum*

De la misma manera que hemos presentado los dibujos realizados por los estudiantes de La Paz, también, en este punto vamos a analizar la evolución que han seguido los estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz, a lo largo del proceso formativo, en relación con la forma de representar a la enfermera o enfermero en sus dibujos. Con este fin, comenzaremos presentando el análisis de cada una de las categorías que hemos asignado al dibujo.

CATEGORÍA GÉNERO

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Femenino</i>	76,2%	79,07%	93,48%
<i>Masculino</i>	23,8%	20,93%	6,52%

Tabla 35. Evolución en la concepción de Género en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz.

Con los resultados obtenidos en el análisis de los dibujos de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz, como se puede ver en la Tabla 35, donde podemos observar, que los estudiantes de primero en la categoría Género eligen la figura *femenina* para su dibujo con una frecuencia alta, que aumenta progresivamente en segundo y tercero. En relación a estos resultados, pensamos lo mismo, que hemos comentado que ocurría en el grupo de La Paz. Que estos resultados se corresponden, en alguna medida, con el número de estudiantes masculinos que han participado en nuestro estudio, donde encontramos una posible explicación. Así, sabemos, que en este grupo, el número de estudiantes masculinos de primero ha sido diez y, todos han dibujado un enfermero, en segundo el número de estudiantes masculinos ha sido siete que han dibujado a un enfermero y, por último, el número de estudiantes masculinos de tercero ha sido dos que dibujan a un enfermero.

Por lo tanto, estos resultados, en cierta medida están relacionados con el género de los participantes.

CATEGORÍA EDAD

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Joven</i>	82,54%	86,05%	95,65%
<i>Maduro</i>	17,46%	13,95%	4,35%

Tabla 36. Evolución en la concepción de Edad en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz.

En esta categoría Edad, también, en *joven* percibimos una progresión en cuanto al aumento de la frecuencia en su aparición como podemos ver en la Tabla 36 aparece en primero, en segundo aumenta y en tercero, también, aumenta. En cambio, como es obvio, en *maduro*, ocurre lo contrario y tiene una representación mayor en primero que disminuye en segundo y en tercero.

CATEGORÍA CABEZA

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Calvo</i>	2,33%	2,3%	-
<i>Pelo largo</i>	74,6%	62,8%	84,78%
<i>Pelo corto</i>	23,81%	34,88%	15,22%
<i>Pelo recogido</i>	25,4%	30,23%	26,09%
<i>Pelo rizado y alborotado</i>	25,4%	9,30%	21,74%

Tabla 37. Evolución en la configuración de Cabeza en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz.

A la vista de los resultados obtenidos en la categoría Cabeza (ver Tabla 37) podemos decir, que la evolución que han seguido los dibujos han sido de representar a un enfermero *calvo* en primero y en segundo, en cambio en tercero no está representado. Sin embargo, el *pelo rizado y alborotado* en primero está representado, disminuye en segundo y en tercero aumenta. La explicación de estos resultados, de alguna manera, la atribuimos a las influencias que una moda determinada produce en las mujeres y en la sociedad en general. En cuanto a la representación del *pelo corto*, hemos visto que aparecen en primero, aumenta en segundo y en tercero disminuye, en nuestra opinión, tienen que ver, por un lado, como ya hemos comentado, con la influencia del género y, por otro, con los cánones de belleza y, en alguna medida, relacionado con los cuidados, donde el pelo es recomendable que sea corto o si es

largo que está recogido. En *pelo recogido* aparece en primero, en segundo aumenta y en tercero disminuye. Estos resultados no se corresponden con los esperados. Esto se debe, a como venimos diciendo, esperábamos que el pelo recogido tuviese un porcentaje mayor, dada la importancia que se le concede al pelo recogido, sobre todo, en la aplicación de técnicas y procedimientos del cuidado.

El pelo, como venimos diciendo, consideramos que debe estar recogido para dar cuidados, por estar relacionado con los aspectos higienicosanitarios del cuidado y, sobre todo, en la aplicación de técnicas y procedimientos. Por este motivo, desde la escuela se insiste, para que los estudiantes lleven el *pelo recogido* durante el período del aprendizaje clínico. Por otra parte, opinamos que el pelo recogido otorga a la enfermera una señal de identidad.

CATEGORÍA CARA

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Gafas</i>	9,52%	6,98%	6,52%
<i>Labios pintados</i>	46,03%	55,81%	36,96%
<i>Ojos pintados</i>	63,49%	79,07%	65,22%
<i>Pendientes</i>	30,16%	32,56%	36,96%
<i>Barba</i>	-	--	

Tabla 38. Evolución en la configuración de Cara en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz.

En la categoría Cara como se muestra en la Tabla 38 apreciamos que en las *gafas* aparece en primero, disminuye sensiblemente en segundo y en tercero tiene prácticamente la misma frecuencia que en segundo. En los *labios pintados* vemos que aparecen en primero, aumenta en segundo y disminuye significativamente en tercero. En cambio, los *ojos pintados*, aunque, en primero tienen una representación alta, en segundo aumenta y en tercero disminuye. Sin embargo, los *pendientes* aparecen en primero y van aumentando su representación hasta tercero.

En esta categoría, como ya dijimos en el grupo de La Paz, los *pendientes*, *labios* y *ojos pintados* que aparecen en ella están relacionados con la feminidad y no hacen al caso como elementos para el cuidado. Si que adquieren alguna importancia, cuando aparece acompañando a un determinado atuendo y a símbolos de la imagen de la enfermera que acentúan o disminuyen el estereotipo que existe de la enfermera.

CATEGORÍA EXPRESIÓN FACIAL

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Alegre</i>	60,3%	60,47%	56,52%
<i>Cálida</i>	92,1%	79,1%	89,13%
<i>Seria</i>	39,68%	39,53%	43,48%

Tabla 39. Evolución en la Expresión facial en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz.

En la categoría Expresión facial, como vemos en la Tabla 39 en *alegre* y *cálida* aparece una representación alta que, más o menos se mantiene a lo largo de los tres cursos. En *seria* aparece en primero, en segundo se mantiene y en tercero incrementa su representación. Por tanto, opinamos, que la representación de estas expresiones que facilitan el cuidado (*alegre*, *cálida* y *seria*), en cierta medida, se corresponden con los resultados que esperábamos obtener.

CATEGORÍA EXPRESIÓN CORPORAL

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>disponibilidad</i>	82,5%	74,42%	73,91%
<i>distancia</i>	28,57%	39,53%	30,43%
<i>cercanía</i>	71,4%	60,47%	69,57%
<i>receptividad</i>	95,2%	86,05%	93,48%
<i>suficiencia</i>	15,9%	23,26%	8,70%
<i>defensa</i>	20,6%	32,56%	26,09%

Tabla 40. Evolución en la Expresión corporal en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz.

En esta categoría hemos encontrado (ver Tabla 40) que la actitud de *disponibilidad* aparece con alta representación, como esperábamos, en primero y disminuye en segundo y tercero tiene una ligera disminución, aun así, sigue manteniendo una alta representación, como esperábamos. En *receptividad*, también, se mantiene con alta representación en los tres cursos, como esperábamos. En *cercanía* aparece en primero, en segundo disminuye y en tercero aumenta como esperábamos. Por otra parte, los resultados obtenidos en la actitud *suficiencia* coincide con las expectativas que esperábamos, así, en primero aparece, en

segundo se mantiene la misma representación y en tercero disminuye que era lo esperado. En *defensa* esta actitud está representada en primero, aumenta en segundo y disminuye en tercero, como esperábamos. En *distancia* en primero tiene una representación importante, en segundo aumenta y en tercero disminuye, en alguna medida, se cumple los resultados que esperábamos obtener.

Como acabamos de ver, en la categoría Expresión corporal hemos obtenido por una parte, como esperábamos, porcentajes altos en *disponibilidad*, *receptividad* y *cercanía*, actitudes necesarias para el cuidado. Por otra, en *suficiencia*, *defensa* y *distancia*, también, han ido disminuyendo la representación de estas actitudes, que consideramos como no favorables del cuidado.

CATEGORÍA ATUENDO

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Pijama</i>	92,06%	93%	93,48%
<i>Bata</i>	6,35%	2,33%	4,35
<i>Falda</i>	3,17%	2,33%	4,35%
<i>Pantalón</i>	4,76%	4,65%	2,17%.
<i>Camisa</i>	6,35%	6,98%	-
<i>Identificación</i>	50,8%	41,9%	52,17%
<i>Zapatos</i>	3,17%	4,65%	100%
<i>Zuecos</i>	96,83%	95,35%	-
<i>Zapatos de tacón</i>	-	--	-

Tabla 41. Evolución del Atuendo en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz.

Como podemos ver en la Tabla 41, existen pequeñas diferencias en los tres cursos al representar el Atuendo de la enfermera. De la misma manera, que hicimos con los estudiantes de La Paz, vamos a destacar, por una parte, aquellos códigos que consideramos tienen importancia por ser elementos que no son de uso habitual en la actualidad y por otra, aquellos estén relacionados con los estereotipos creados entorno a la enfermera. Así, el *pijama* lo representan los tres cursos con altos porcentajes, de forma que aparece en primero, en segundo y tercero aumenta ligeramente, esta evolución coincide con nuestras expectativas y, la podemos interpretar, por una parte, por ser una prenda cómoda para trabajar y, por otra, por ser una recomendación obligatoria de la escuela y, necesaria, para los estudiantes durante

el aprendizaje clínico (*pijama, zuecos o zapatos*). La *falda* aparece en primero, disminuye en segundo y aumenta en tercero. La *camisa* aparece en primero, más o menos se mantiene en segundo y en tercero no está representada. Los *zapatos* o zuecos están en primero, en segundo y en tercero tiene la máxima representación. Por último en *identificación* hemos obtenido en primero una representación importante, que en segundo disminuye ligeramente y en tercero aumenta, como esperábamos. En relación a la identificación, debemos decir, que desde la escuela se recomienda que los estudiantes la lleven cuando van a realizar el aprendizaje clínico.

Con estos resultados, aunque mayoritariamente y, como esperábamos, la enfermera está con *pijama*, la aparición de la *falda* y *camisa*, los podemos interpretar, por una parte, asociada al uniforme que llevan las enfermeras que ocupan algún cargo en la organización y, por otra, formando parte de la estereotipia asociada a la enfermera.

CATEGORÍA SÍMBOLOS

CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Gorro</i>	1,59%	-	-
<i>Cofia</i>	11,1%	11,63%	10,87%
<i>Cruz</i>	22,2%	25,58%	36,96%
<i>Jeringa</i>	38,1%	30,23%	52,17%
<i>Mascarilla</i>	3,17	-	4,35%
<i>Fonendo</i>	27%	37,21%	30,43%
<i>Documento</i>	3,17%	23,26%	13,04%

Tabla 42. Evolución de los Símbolos en los tres cursos de la Fundación Jiménez Díaz.

Por último, en la categoría Símbolos (ver Tabla 42), destacamos la *cofia* la han dibujado los estudiantes de primero, que disminuye en segundo y en tercero. La *cruz* aparece en primero y en segundo y tercero aumenta su representación. Este aumento, lo podemos interpretar, en alguna medida, en relación con el uso de la cruz en los uniformes de trabajo de los profesionales sanitarios, ya sea, en hospitales públicos, como en privados. La *jeringa* aparece en primero, hay una disminución en segundo y aumenta en tercero, estos resultados no los esperábamos. El *fonendo* lo dibujan los estudiantes de primero, aumenta en segundo y

en tercero disminuye ligeramente, aunque, pensamos que sigue siendo alta su representación. Finalmente tenemos a la enfermera con un *documento* la percibimos como una profesional preocupada por la evolución de los pacientes que cuida al registrar los cuidados impartidos. De esta forma que aparece en primero, aumenta en segundo y en tercero disminuye.

Con los resultados obtenidos en la categorías del dibujo, podemos decir, que en la categoría Cabeza hemos visto que, aunque el *pelo corto* y el *pelo recogido* tienen una representación importante, esperábamos que hubiese sido mayor. Por tanto, una de nuestras hipótesis, en alguna medida, se ha ido cumpliendo. En los *labios pintados* y *los ojos pintados* como hemos visto, aparecen en primero, aumenta en segundo y disminuye en tercero, también aquí, en cierta medida, hemos obtenido los resultados esperados. En cambio, los *pendientes* aparecen en primero, en segundo y en tercero aumentan su representación. En *alegre, cálida y seria* expresiones que consideramos favorables al cuidado, su representación ha sido alta en los tres cursos, por lo cual, se han cumplido los resultados esperados. También se han cumplido los resultados esperados en las actitudes que consideramos favorables al cuidado que son, *disponibilidad, receptividad y cercanía*. Luego, alguna de nuestras hipótesis se va confirmando. Además, en las actitudes de *suficiencia, defensa y distancia* que aparecen en primero, en segundo aumentan o se mantienen y en tercero disminuyen, por tanto, se han cumplido los resultados esperados. A su vez, en la categoría Atuendo en *pijama, zuecos o zapatos e identificación* los representan los tres cursos con porcentajes altos, que van aumentando de primero a tercero, por tanto, se han cumplido los resultados esperados. En la evolución de la *falda* que aparece en primero, disminuye en segundo y aumenta en tercero, no se ha cumplido lo esperado. Por último, la *cofia*, el *fonendo* y el *documento* que aparecen en primero y van disminuyendo hasta tercero, por lo cual, se han cumplido los resultados esperados. Sin embargo, la *cruz* y la *jeringa* van aumentando de primero a tercero, por tanto, no se cumple lo que esperábamos, ya que, consideramos, tanto a la cruz, como a la jeringa elementos que forman parte del estereotipo de la enfermera.

A continuación, vamos a presentar algunos tipos de dibujos realizados por los estudiantes de cada uno de los cursos de la Fundación Jiménez Díaz, que recogen las categorías asignadas a los dibujos, que hemos utilizado para el análisis. Entendemos que el visibilizar los dibujos facilita al lector la comprensión del análisis realizado.

4.1.2.1. Dibujos representativos de la enfermera en cada uno de los cursos

De la misma manera que hemos presentado el análisis de los estudiantes de La Paz, también, aquí vamos a presentar los dibujos realizados por los estudiantes de la escuela de la Fundación Jiménez Díaz, de manera que analizaremos los de dibujos de los estudiantes de primero, los de segundo y, los dibujos de los estudiantes de tercero, que recogen las categorías asignadas a los dibujos, que hemos utilizado para el análisis de cada uno de ellos. En ellos, también, les iremos mostrando, tanto las semejanzas, como las diferencias, de los dibujos elegidos. Aunque, en alguna medida, la siguiente exposición, al lector le parezca redundante, en nuestra opinión, consideramos que le puede resultar útil para comprender nuestro análisis.

Comenzaremos presentando una representación de dibujos de los estudiantes de primer curso de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz.

Representación de la enfermera por los estudiantes de primer curso de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz

Como pueden apreciar en la Figura 9 les mostramos los dibujos realizados por los estudiantes de primero, que hemos elegido, por considerar que recogen, en cierta forma, los resultados, que hemos ido presentando anteriormente en cada una de las categorías que asignamos al dibujo.

Imágenes:

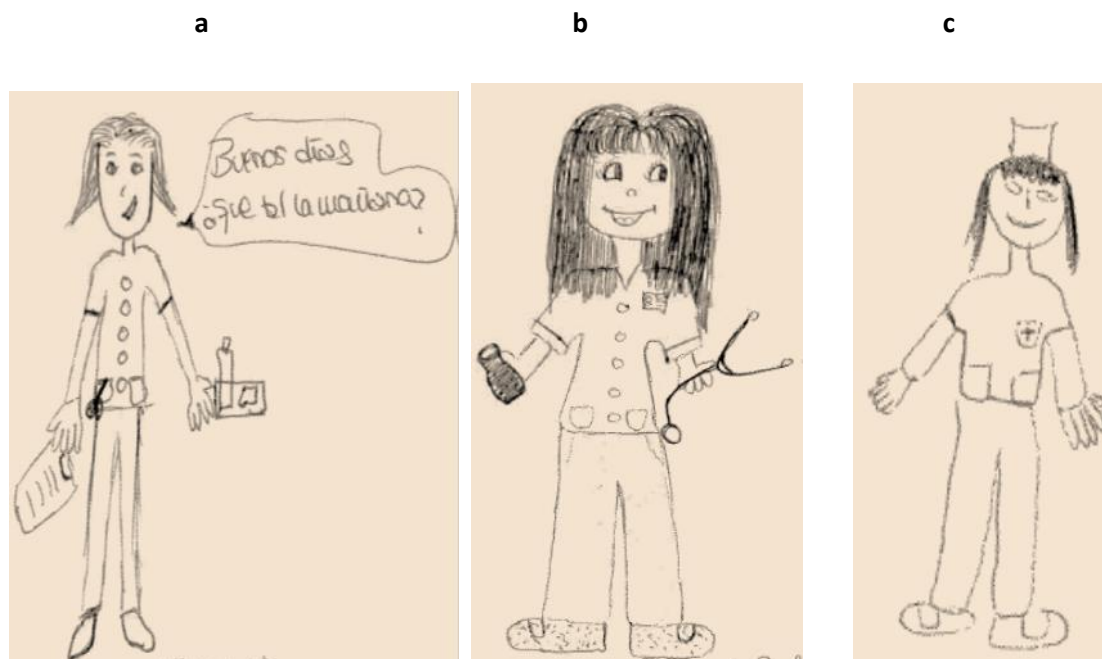


Figura 9. Dibujos correspondientes a estudiantes de primero de la Fundación Jiménez Díaz.

A la vista de estas tres imágenes de la enfermera, podemos decir, que las tres son mujeres, jóvenes, con *pelo largo*, los *ojos pintados*, con una *expresión alegre y cálida*; que llevan *pijama*, *identificación* y *zuecos*. Sin embargo, podemos observar algunas diferencias como por ejemplo en la imagen **a** se observa predisposición al cuidado, al combinar elementos que, por una parte, nos muestran el acercamiento al otro, como es la utilización del saludo y el *documento* de recogida de información sobre la situación de la salud de la persona cuidada y, por otra, elementos que hacen referencia a las técnicas que administra (fonendo y envase de medicación). En el caso de la imagen **b**, también, muestra *disposición* a cuidar, a pesar de llevar elementos relacionados con las técnicas y, en la imagen **c** muestra disposición a cuidar y no lleva elementos relacionados con las técnicas, en cambio, lleva *cofia*.

La forma de concebir a la enfermera por los de estudiantes de primero de la Fundación Jiménez Díaz, la podemos representar en una figura *femenina*, *joven*, con *pelo largo*, los *ojos pintados*, con una expresión facial *alegre y cálida*, que de alguna manera, muestra cierta *distancia*, lleva *pijama*, *zuecos*, *jeringa*, *fonendo*, *cruz*, *cofia* y utiliza el saludo al entrar en la habitación de las personas que cuida. Por tanto, en nuestra opinión, es una enfermera que combina la utilización de las técnicas y procedimientos con el cuidado. A pesar de esto, como ocurría con los estudiantes de primero de La Paz, también aquí, vemos que están presentes los símbolos, tanto los relacionados con las técnicas, como aquellos que transmiten reminiscencias

del pasado de la enfermería. Por este motivo y, de la misma manera, que como hemos visto ocurría con los estudiantes de primer curso de La Paz, pensamos que siendo estudiantes de primero y recién iniciados en la formación sus representaciones sobre la enfermera están mediadas por las influencias previas en su socialización que es una de las hipótesis de nuestro trabajo. A su vez, esto nos lleva a esperar que a medida que los estudiantes pasen de un curso a otro, esta representación de la enfermera se vaya modificando, tanto por las influencias de los conocimientos adquiridos, como por la influencia (valores, fines) de la institución donde se forman.

A continuación vamos a mostrar las semejanzas o diferencias que aparezcan en el análisis de esos dibujos elegidos representando a la enfermera y, que han sido realizados por los estudiantes de segundo de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz.

Representación de la enfermera por los estudiantes de segundo curso de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz

Seguidamente, exponemos los dibujos seleccionados para mostrar el análisis que hemos llevado a cabo, de los dibujos realizados por este grupo de estudiantes (ver Figura 10). Para el análisis de las categorías, también, utilizaremos, la gramática de motivos de Burke (1969), que nos va a ayudar a discernir unas imágenes de otras.

Imágenes:

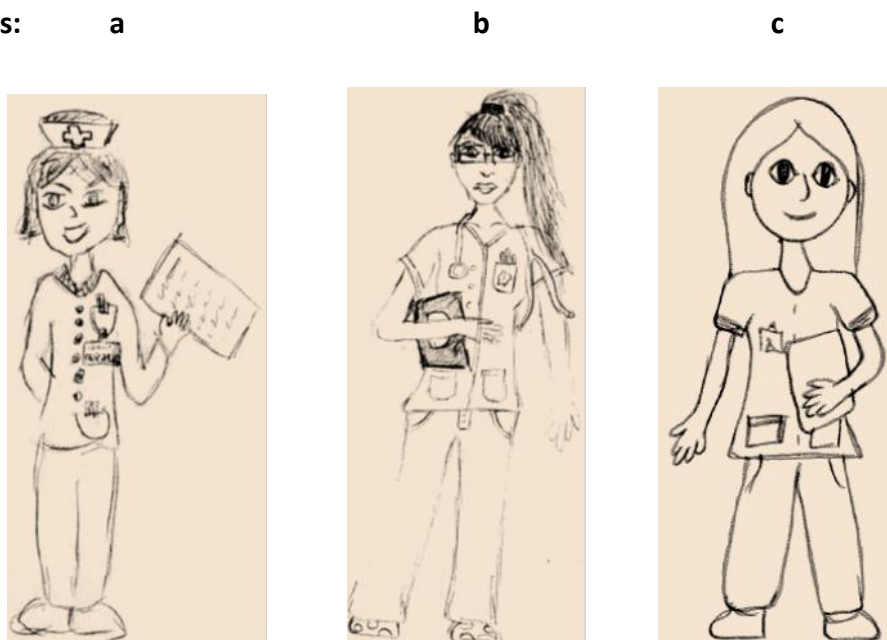


Figura 10. Dibujos correspondientes a estudiantes de segundo de la Fundación Jiménez Díaz.

Como hemos visto en las tres imágenes la enfermera es *joven*, con *pelo* recogido y suelto, es *seria*, *cálida*, con *disposición* a hacer, llevan *identificación*, *pijama*, *zuecos* y *cofia*. Sin embargo, se diferencian en la actitud que cada una de ellas muestra hacia el cuidado. Por ejemplo, en la imagen **a** vemos que tiene los *ojos pintados*, pelo ligeramente *corto*, *cofia* con *cruz*, lleva un *documento* pensamos que es la historia del paciente al que cuida y muestra defensa; en la imagen **b** aparece una enfermera con una actitud de *disposición* hacer, lleva *gafas*, una especie de *batea y fonendo*, transmite seguridad en sus conocimientos y, en cambio, muestra una ligera *suficiencia*, que nos lleva a pensar que está motivada por la creencia de creer que sabe y domina su práctica. En la imagen **c** la enfermera lleva un *documento* utilizado para registrar los cuidados, es alegre, cálida, con disposición hacer transmite seguridad y tranquilidad.

Por tanto, con estos resultados opinamos que los estudiantes de segundo nos muestran una figura *femenina*, *joven*, con *pelo largo*, *ojos y labios pintados*, que expresa *seriedad*, *alegría*, es *cálida*, con *disposición* de ayuda, llevan *identificación*, un *documento*, *pijama*, *zuecos* y *fonendo*. Las diferencias con el grupo de primero las encontramos en los códigos *distancia*, *defensa*, *labios* y los *ojos pintados* que han aumentado ligeramente su representación en segundo y, en cambio, los códigos *pelo recogido*, *cálida*, *cercanía* disminuye su representación respecto a primero. Sin embargo, el porcentaje de representación de la *cofia* se mantiene.

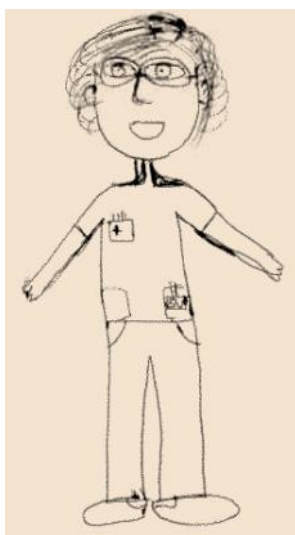
Con estos resultados, en alguna medida podemos intuir que existen elementos que son más proclives al cuidado (*alegría*, *cálida*, *disposición*, *documento*) y, otros que, de alguna manera, están más asociados a los aspectos técnicos como es el *fonendo* y con símbolos estereotipados como la *cofia*. Esto nos hace ver, en cierta forma, que una de nuestras hipótesis se cumple y en otros no llega a cumplirse. Con esto queremos decir, que esperábamos que estos estudiantes, además, de representar a la enfermera *alegre*, *cálida*, *seria* y *dispuesta* a ayudar, hubiese disminuido la representación del *fonendo* y, sobre todo, la representación de *cofia*, hecho que no ha ocurrido. Por otra parte, también, era de esperar que disminuyesen los porcentajes de ojos pintados y labios pintados y, tampoco ha sido así.

A continuación vamos a mostrar los resultados que hemos obtenido en el análisis de los dibujos de la enfermera realizados por los estudiantes de tercero de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz.

Representación de la enfermera por los estudiantes de tercer curso de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz

De igual manera, que en cada uno de los grupos anteriores, también, aquí vamos a mostrar los de dibujos elegidos que visibilizan los resultados del análisis que hemos visto anteriormente. Como podemos ver en la Figura 11 que están recogidos. Con estos dibujos queremos familiarizar al lector con uno de los elementos utilizados en nuestro análisis a través del cual hemos ido confeccionando la representación de la enfermera, que en alguna medida recoge el anclaje de su identidad.

Imágenes: **a**



b



c



Figura 11. Dibujos correspondientes a estudiantes de tercero de la Fundación Jiménez Díaz.

Parece claro que existen semejanzas y diferencias entre estas tres imágenes representativas de la enfermera. La primera de ellas **a** coincide con las otras dos en ser una mujer *joven* con *pelo*, llevan *identificación*, *tijera*, *zuecos* y *pijama* y, con expresión *seria*. Las diferencias que presentan, si elegimos la imagen **a** es *seria* con *disposición* para dar ayuda, es *receptiva*, *cercana* y *trasmite seguridad*; en la imagen **b** apreciamos que lleva *mascarilla* y las manos escondidas que reflejan *distancia*, *defensa* y cierta *suficiencia* y, en la imagen **c** encontramos una enfermera con *cofia*, *pendientes*, *fonendo* y un *documento*, a la vez, que muestra cierta defensa. Esta enfermera, por una parte representaría por los símbolos que lleva al pasado y, por otra, con el atuendo actual representa el presente.

Este grupo de estudiantes de tercero de la Fundación Jiménez Díaz, también, la figura que mayoritariamente han representado ha sido *femenina*, *joven*, con *pelo*, *pelo largo*, *pelo*

recogido, identificación, tijeras, gafas, zuecos, pijama ojos pintados, labios pintados, cálida, receptiva, seria, con cierta *distancia y defensa*, además, lleva *cofia y fonendo*. Se diferencia del grupo de segundo en los códigos *labios y ojos pintados, suficiencia, distancia y defensa* que, a pesar de seguir siendo porcentajes altos, han disminuido su frecuencia. Lo mismo ocurre con el *fonendo* y la *cofia* que sus porcentajes son más bajos en comparación con segundo, pero no lo suficiente a como lo esperábamos. A nuestro modo de ver, siguen manteniendo porcentajes altos en estos códigos que no se corresponde con la imagen que vemos en los distintos hospitales en la actualidad. No obstante, hemos detectado elementos favorables al cuidado humano como son la *calidez, seriedad, cercanía, receptividad y disposición* de ayuda, conviviendo con elementos propensos a los aspectos técnicos, como es la presencia de la *jeringa, fonendo* y la *maskarilla* (como hemos comentado en el grupo de La Paz, su representación se asocia a instrumentos muy presentes en el modelo biomédico utilizado en una etapa anterior). Por otra parte, se siguen manteniendo porcentajes altos en la representación de los *ojos pintados y labios pintados*, en relación con el grupo de La Paz que los presenta menores.

Con estos resultados podemos decir que en este grupo de tercero, también, esperábamos encontrar modificaciones relacionadas con las actitudes, atuendo y símbolos, en estos estudiantes, sin embargo, aunque, si bien, es cierto, que hemos encontrado modificaciones en la frecuencia de aparición de algunos códigos, a nuestro modo de ver, dicha frecuencia continúa estando por encima de lo esperado. Por tanto, nuestra hipótesis inicial no alcanza los resultados que buscábamos.

En el análisis de estas tres imágenes representadas, como se puede ver a través de ellas, al igual que en el grupo de La Paz nos han permitido obtener un gradiente de identidad enfermera, que nos ha sido ofrecido a través del análisis de los dibujos que, de alguna manera, nos han ido mostrando y proyectando una tipología de dibujos. Dicha tipología, la hemos podido ir configurando y afirmando, con cada una de las representaciones, que con mayor frecuencia, hasta este momento, han representado los estudiantes de nuestro estudio. Esperamos ver si ocurre lo mismo, cuando analicemos los dibujos de los otros participantes en nuestro estudio.

La enfermera que nosotros concebimos como ideal, debemos recordar, está representada por una figura femenina o masculina que lleva el pelo *corto o largo*, en este caso, debe estar recogido. La cara para cuidar no es necesario que esté pintada, por tanto, si están *pintados los ojos y los labios*, en sí mismos, no tienen porqué influir en el cuidado. La Expresión de su cara debe mostrarse *cálida, alegre o seria*. La Expresión corporal debe expresar *cercanía*,

receptividad y *disposición* de ayuda al otro. Por el contrario, no debe mostrar *suficiencia*, *distancia*, ni *defensa*, por ser actitudes que no favorecen el cuidado. El Atuendo puede ser un *pijama* y/o *bata* y puede calzar *zapatos* o *zuecos*. En cambio, los Símbolos (*cofia*, *cruz*) no son necesarios para cuidar y, tan poco, lo son la *jeringa*, la *mascarilla*, el *fonendo*, etc., a no ser, que se vaya a administrar alguna técnica o procedimiento.

Por otra parte, la influencia de la formación académica en la representación de la enfermera la podemos percibir en aquellas imágenes, donde la enfermera está con un atuendo adecuado (*pijama*, *zuecos* o *zapatos cómodos*, *pelo recogido*) para llevar a cabo su actividad, sin símbolos de ningún tipo, mostrándose *alegre*, *cercana*, *cálida*, *receptiva*, *transmitiendo seguridad*, *confianza*, con capacidad de escucha y mostrándose comprensiva con la persona que cuida, además, de realizar las técnicas y procedimientos con el máximo rigor.

Desde primero de la diplomatura, al estudiante en la escuela de la Fundación Jiménez Díaz, se le forma para asumir funciones que le son propias y, se le potencia para que sea capaz de trabajar con otros profesionales de la salud, para que llegue a ser un profesional de enfermería, que lidere los cuidados y sea capaz de dar respuesta a las necesidades de las personas, familia y comunidad, desde una visión holística de la persona, donde, se priorice el respeto a la vida y se impartan los cuidados tratando de humanizar la ciencia.

En el caso de los estudiantes de la escuela de la Fundación Jiménez Díaz las influencias que podemos apreciar, tienen que ver con el uniforme de trabajo (*pijama*, *zuecos*), con los instrumentos que lleva la enfermera (*tijera* o *jeringa*) en un porcentaje importante de los dibujos (dentro de la cultura enfermera, hace alguna década circulaba la expresión “toda enfermera que se precie de serlo debe llevar una tijera”), los *ojos* y los *labios pintados* (con porcentaje altos). La presencia de porcentajes altos en los *ojos* y los *labios pintados*, la podemos interpretar como consecuencia de la cultura organizacional, tanto de, la institución académica, como la del hospital que al ser privado, en alguna medida, exige que las personas que realizan su actividad en esa institución, deben mostrarse con una imagen impecable, cuidada, no queremos decir con esto que en el hospital público no sea así, sino que desde éste no hay una proyección tan marcada hacia en ese aspecto. La actitud de *cercanía* (acercarse al otro, comprenderle, estar ahí, etc.) que muestran los dibujos estaría influenciada por los valores humanitarios de la escuela.

En cambio, no encontramos explicación para la actitud cierta *distancia* y *defensa*, que como hemos visto mantiene un porcentaje relativamente alto. Dado que desde la escuela se impulsa (o está en su ideario) la *cercanía*, aunque, esta como tal tiene un porcentaje alto, pero

siempre la hemos visto acompañada de *cierta distancia* y de *defensa*. En cuanto a la presencia de la *cofia*, la podemos interpretar, bajo el mismo prisma que interpretamos su presencia en el grupo de La Paz, salvando algunos matices, como una influencia (de transmisión oral o escrita) de la cultura, como hemos visto, que sigue estando impregnada de los símbolos y creencias de una época anterior que al recordarlas y representarlas mentalmente se las distingue por estos elementos que acompañan a esa imagen representada. Unido a, que como venimos diciendo, las imágenes de la enfermera representada son las representaciones de su identidad enfermera dibujada ante alguien, con el fin de que el otro interprete lo que quiere representar.

Ahora bien, en las instituciones donde la mayoría de las enfermeras ejercen su actividad, se percibe un rechazo hacia la *cofia* (por lo que este símbolo implica), no por pretender renegar del pasado sino por considerarlo asociado a una época poco clara de la enfermería y por las atribuciones que a este símbolo se le otorgan, como vimos en el Capítulo 2 (sumisión, dependencia, no autonomía, entre otros).

Como hemos señalado en el apartado de metodología, hemos trabajado con estudiantes de dos escuelas diferentes y hemos tratado de analizar las influencias que la cultura propia (valores, creencias, opiniones, fines), de cada una de ellas ejerce sobre sus estudiantes en el modo de percibir a la enfermera. De esta manera, podremos ver las semejanzas o diferencias si las hubiese, en el cómo aparece representada la enfermera en los dibujos. Para ello, también, no va a ayudar el análisis comparativo de los dibujos entre todos los estudiantes de enfermería de La Paz y todos estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, que, como venimos anunciando, les mostraremos en el capítulo 5 de esta tesis.

A continuación vamos a mostrar los resultados que hemos obtenido en el análisis de los dibujos de la enfermera realizados enfermeras de hospitalización.

4.1.3. Dibujos realizados por enfermeras de hospitalización

Las enfermeras de hospitalización, mayoritariamente, en sus dibujos han dibujado una figura de la enfermera *femenina* un 93,22%, *joven* un 77,97%, y con *pelo largo* un 72,88%, aspectos que como venimos diciendo no son relevantes en el cuidado. En cambio, como podemos ver en el Gráfico 1 el *pelo recogido* lo han representado con un porcentaje muy bajo un 6,78% y, como en los grupos anteriores, esperábamos obtener un porcentaje mayor. Aunque hayamos obtenido un porcentaje relativamente importante 22% en *pelo corto*,

consideramos que para aplicar técnicas y procedimientos el porcentaje final, de los dos, sigue siendo bajo.

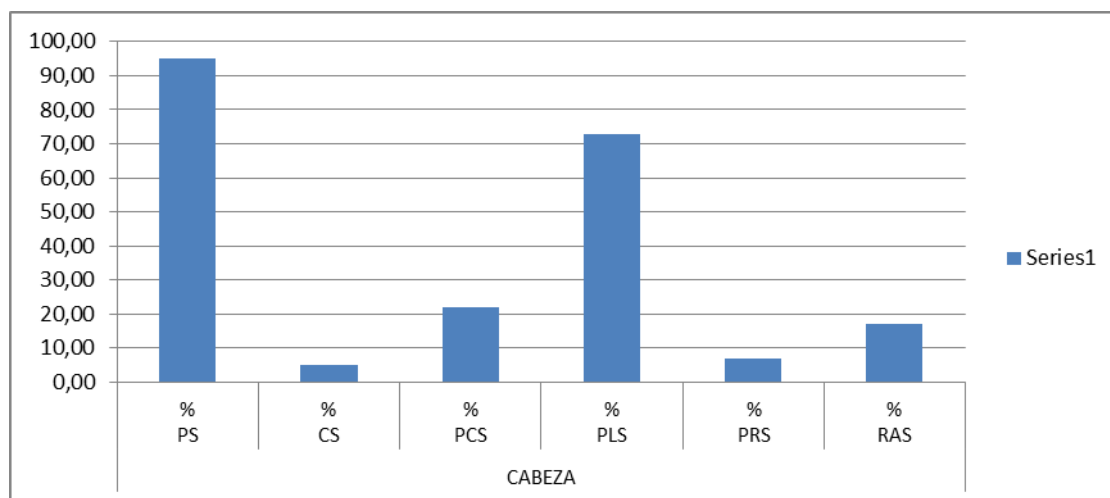


Gráfico 1. Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de las enfermeras de hospitalización.

En cambio, los *labios pintados* un 18,64%, los *ojos pintados* un 25,42% y con *pendientes* un 15,25% los han representado con un porcentaje mayor al esperado. También, tienen porcentajes relativamente altos las expresiones *alegre* un 59,32% y *seria* un 40,68%, en cambio, *cálida* un 81,36% lo tiene mayor, por tanto, se ha cumplido lo esperado. Además, hemos encontrado porcentajes altos en las actitudes de *disponibilidad* un 94,92%, *receptividad* un 88,14%, *cercanía* un 64,41%, como esperábamos. También, con los resultados en *suficiencia* con un porcentaje del 5,08% y en *defensa* con un 16,95%, en alguna medida se han cumplido los resultados que esperábamos. No ha ocurrido lo mismo en *distancia* con un 35,59%, que aunque, la representación no es muy alta, para nosotros si lo es, por ser una actitud que no favorece el cuidado, por tanto, aquí no se ha cumplido lo esperado.

En la categoría Atuendo de la enfermera, hemos obtenido un porcentajes alto en *pijama* con un 72,88%, en *zuecos* con un 49,15%, en *zapatos* 45,29%, debemos recordar que, tanto zuecos como zapatos es el calzado que se recomienda para ejercer el cuidado. Por este motivo, consideramos la suma de los dos como un porcentaje alto. Luego, tanto en pijama como en zuecos-zapatos se han cumplido los resultados esperados. Además, hemos obtenido unos porcentajes en *falda* un 18,64%, en *camisa* un 18,64% y en *zapatos de tacón* un 3,39%, que a pesar de no ser altos, consideramos importante su representación por formar parte del estereotipo de la enfermera. En la categoría Símbolos, este grupo representa a la enfermera con un porcentaje significativos en *jeringa* un 52,5%, *fonendo* 20,34%, *cruz* un 35,6% y *cofia* un 23,73%.

Estos resultados, por una parte, no son los que esperábamos encontrar, por ser las enfermeras quienes los han representado y, aunque los porcentjes no son altos, para nosotros tienen importancia porque acompañan a la representación estereotipada de la enfermera y, sobre todo, la cofia y la cruz no esperábamos que estuviesen representados por las enfermeras y, por tanto, a pesar de ser una especie de contradicción, debemos aceptar, que reflejan, en alguna medida, rasgos identitarios de la profesión. Por último, el *documento* con un 18,64% de representación, que en alguna medida se corresponde con lo esperado, por utilizarse en la recogida de datos del paciente.

Siguiendo nuestra línea de presentación de resultados, también aquí vamos a mostrar una representación de dibujos realizados por las enfermeras de hospitalización, que están recogidos en la Figura 12. Con estos dibujos queremos mostrar al lector cómo las enfermeras se perciben y proyectan sus representaciones sobre los dibujos que han realizado y, les recordamos que son los anclajes de la identidad enfermera.

Imágenes:

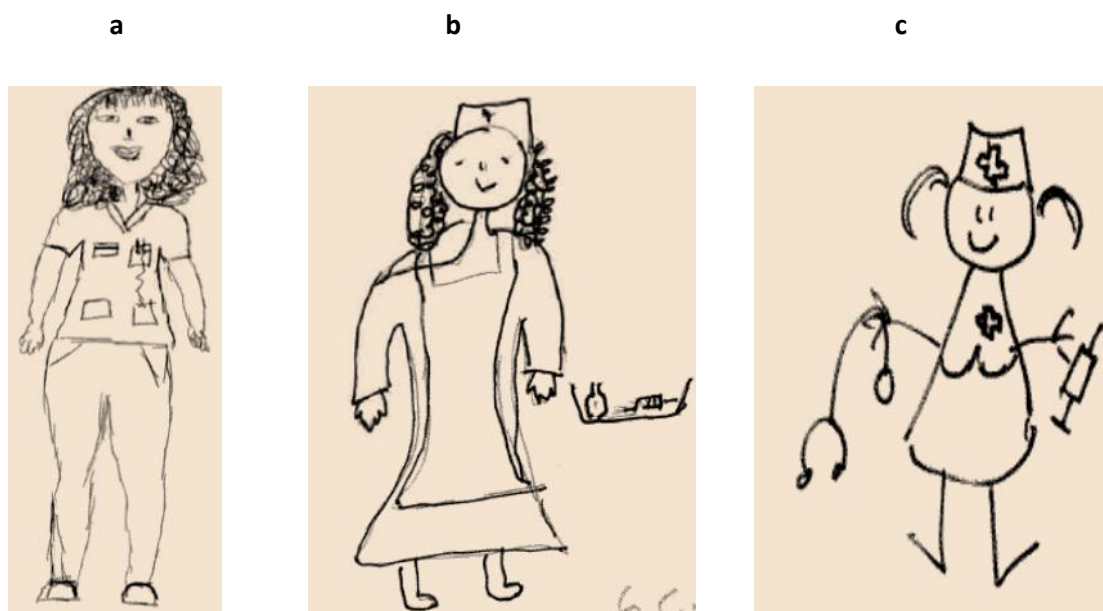


Figura 12. Dibujos correspondientes a enfermeras de hospitalización.

A la vista de estas tres imágenes de la enfermera, podemos decir, que las tres son mujeres, jóvenes, con *pelo largo*, con una expresión *alegre y cálida*. Sin embargo, como se puede observar presentan algunas diferencias, como por ejemplo en la imagen *a* muestra una actitud de *cercanía, receptividad y disposición* el cuidado. En cambio, las imágenes *b* y *c*, coinciden en que la enfermera lleva *cofia con cruz* y en los instrumentos que llevan *batea, jeringa, fonendo*, utilizados en la aplicación de técnicas y procedimientos. El Atuendo que

llevan por ejemplo, la imagen **b** nos muestra una especie de *vestido* (hábito) como ya vimos representado por los estudiantes de segundo curso de La Paz, que nos recuerda a esa aura beatífica de la iconografía cristiana comentada en el Capítulo 2. En la imagen **c** podemos apreciar una especie de vestido corto que resalta las mamas, ofreciendo una imagen caricaturesca estereotipada de la enfermera. En nuestra opinión, este tipo de representaciones no se corresponden con la imagen de la enfermera que vemos en los hospitales en la actualidad. Más bien, como venimos anunciando serían reminiscencias procedentes de las representaciones de la enfermera ofrecidas en los cómics de entreguerras y el cine del siglo XX estadounidenses y, no por ello, deja de sorprendernos y, más aun nos sorprende el saber que esa imagen, ha sido realizada por una enfermera. En relación a la *cofia* con *cruz*, conviene recordar, como hemos comentado anteriormente y, como, también, vimos en los resultados de los estudiantes de La Paz y en los de la Fundación Jiménez Díaz, que este símbolo estaba presente y nosotros esperábamos que no apareciese en el grupo de enfermeras. Al hilo de lo anterior debemos decir, que uno de nuestros planteamientos era la posibilidad de que en la actualidad, las enfermeras no se representarían con *cofia* y, hemos obtenido, que no ha sido así. Luego, nuestra hipótesis no se ha cumplido, aunque, en este caso, también, en cierto modo, podemos interpretar que han adecuado su dibujo a la persona que se lo ha pedido, es decir, representando a la enfermera con *cofia* facilita su interpretación, por ser un signo unívoco.

Con estos tres ejemplos representando de la enfermera, que han realizado las enfermeras de hospitalización, vamos a tratar de construir, la enfermera con sus rasgos de identidad, que estas enfermeras proyectan en sus dibujos. De esta manera tenemos, por una parte, una figura, mayoritariamente representada que es *femenina, joven, pelo largo, alegre, cálida, seria*, con *disponibilidad* hacia el cuidado con *receptividad* y *cercanía*, que lleva *pijama, zuecos o zapatos* y *documento*. En nuestra opinión, es una enfermera dirigida a los aspectos del cuidado, entendidos, en el sentido de atender las necesidades, en las tres áreas de la persona (física, psicológica y social) y, vigilar su entorno. Por otra parte, podemos ver a una enfermera, también, *joven*, con *pelo largo, alegre, cálida, seria* y con *disponibilidad* y *receptiva*, que lleva *zuecos o zapatos* y, además, lleva *vestido, cofia* con *cruz* e instrumentos para aplicar técnicas (*batea, jeringa, fonendo*) y, como venimos informando, la percibimos como una enfermera centrada en los aspectos técnicos. Con esta afirmación, no queremos decir que no cuide, sino que, lo que decimos es que para ella prima y se constituyen como lo más

importante, en primer lugar, los aspectos técnicos y, en segundo lugar, los aspectos del cuidado.

Con estos resultados, al igual que con los obtenidos por los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, hemos encontrado, un gradiente de identidad enfermera que, a su vez, también, proyecta una tipología de dibujos que va conformando y aseverando cada una de las representaciones que con mayor frecuencia han elegido dichos participantes de nuestro estudio.

De alguna manera, esperamos que en el grupo de enfermeras de atención primaria, que seguidamente vamos a presentar, sea más clara y manifiesta la inclinación al cuidado de la enfermera representada por estos profesionales. Además, de que predomine la enfermera cuidadora, también, esperamos que hayan desaparecido de las imágenes acompañadas, tanto, de instrumentos técnicos (*jeringa, fonendo, mascarilla, etc.*), como, de símbolos (*cofia, cruz, zapatos de tacón, etc.*).

A continuación, vamos a mostrar los resultados, que hemos obtenido en el análisis de los dibujos que representan a la enfermera, que han sido realizados por las enfermeras de atención primaria.

4.1.4. Dibujos realizados por enfermeras de atención primaria

Al igual que las enfermeras de hospitalización las enfermeras de atención primaria, también, han dibujado una figura *femenina* un 86,79%, *joven* un 73,58%, con *pelo largo* un 64,15% y *pelo rizado y alborotado* un 22,64%. En cambio, el *pelo recogido* tiene un 13,21% de representación y esperábamos obtener un porcentaje mayor. Aunque, en este grupo hemos obtenido en *pelo corto* un 30,19% de representación, consideramos que el porcentaje final, de pelo corto más pelo largo, esperábamos que hubiese sido mayor por ser enfermeras las que lo representan.

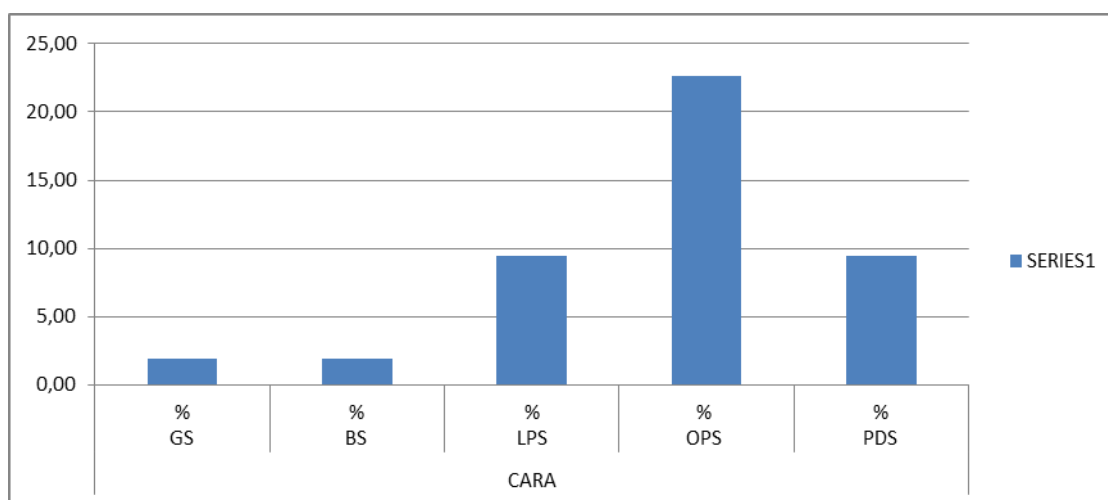


Gráfico 2. Distribución en porcentajes de la categoría Cara de las enfermeras de atención primaria

En la categoría Cara (ver Gráfico 2) en este grupo aparecen representados los *labios pintados* con un 9,43%, los *ojos pintados* con un 22,64% y los *pendientes* con un 9,43%, con estos resultados podemos decir, que en alguna medida se cumple lo que esperábamos. En la Expresión facial hemos obtenido en *alegre* un 54,72%, en *cálida* un 75,47% y en *seria* un 45,28%, con estos porcentajes, en cierta medida, consideramos que se ha cumplido lo que esperábamos. En la categoría Expresión corporal, por una parte, hemos obtenido unos porcentajes altos, como esperábamos en *disponibilidad* con un 90,57%, en *receptividad* con un 81,13%, y en *cercanía* con un 77,36% actitudes que consideramos favorables al cuidado y, por otra parte, hemos obtenido en *suficiencia* un 15,09%, en *defensa* un 15,09% y en *distancia* un 22,64%, representaciones que, aunque, no son altas las consideramos importantes en el cuidado, porque no le favorecen cuando están presentes. Por tanto, podemos decir, que en la categoría Expresión corporal hemos obtenido los resultados esperados en disponibilidad, receptividad y cercanía. En cambio, no los hemos obtenido en suficiencia, defensa y distancia.

En el Atuendo que lleva la enfermera está representada con *pijama* un 79,25%, con *zuecos* un 47,2%, con *zapatos* un 47,17% y con *bata* un 9,43%, esta representación la consideramos importante para cuidar por proporcionar comodidad a la enfermera a la hora de ejercer el cuidado, por lo cual, se ha cumplido lo esperado. Debemos, señalarla que la bata teniendo un porcentaje bajo, la hemos incluido, por ser una prenda que la enfermera la puede llevar o no, encima del pijama y, en el caso de las enfermeras de atención primaria, incluso, encima de la ropa de calle. En *identificación* hemos obtenido un 16,98% y esperábamos que hubiese tenido mayor representación. Además, hemos obtenido en *falda* un 16,98%, en *camisa* un 13,2%, en *pantalones* un 5,66% y en *zapatos de tacón* un 3,77%, estos porcentajes,

a pesar de ser bajos, algunos de ellos, como venimos comentando, tienen importancia, por formar parte del estereotipo de la enfermera.

En cuanto a los Símbolos, que lleva la enfermera dibujada por este grupo están representados con una *cruz* un 26,4%, con una *cofia* un 11,32%, con *jeringa* un 26,42% y con un *fonendo* un 15,09%. También, en este grupo no esperábamos que estos símbolos estuviesen representados. En cambio, hemos obtenido una representación importante, a pesar de esperar mayor representación en *documento* con un 18,87%.

Seguidamente y, de la misma forma que venimos haciendo con los demás grupos, también aquí vamos a mostrar los de dibujos que hemos seleccionado como los más representativos de este grupo, con el fin de mostrar los rasgos más sobresalientes, que las enfermeras de atención primaria han señalado en la representación de la enfermera. Recordemos que en los dibujos, de alguna manera, se proyectan rasgos identitarios, por los que, él que los realiza, desea que, a través de ellos, los demás lo reconozcan, a la vez, que él que los dibuja, dibuja una identidad profesional en la que se reconoce. Es decir, en el caso de la enfermera, al dibujarse, proyecta en ese dibujo, en cierta medida, algunas señas de identidad profesional, con las que quiere que los otros la reconozcan como profesional.

Imágenes:

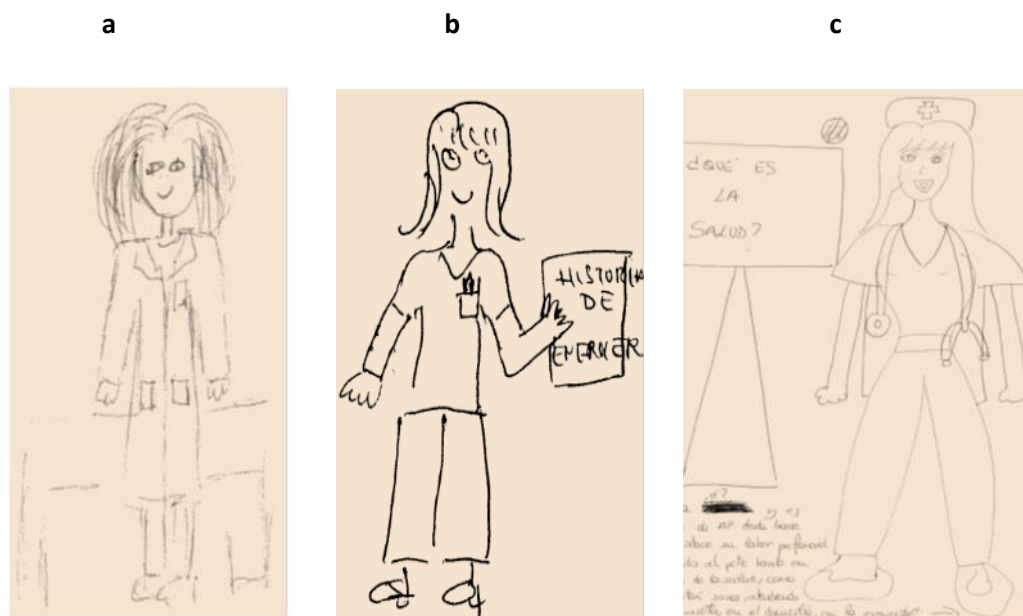


Figura 13. Dibujos correspondientes a enfermeras de atención primaria.

Como podemos ver en la Figura 13, tenemos tres imágenes representando a la enfermera y de ellas, podemos decir, que coinciden en ser mujeres *jóvenes* con *pelo largo*, *ojos pintados* y *zuecos*. En la imagen *a* vemos que lleva *pantalones* y *bata*, muestra una actitud de

suficiencia y calidez; el escenario en el que se encuentra, parece claro, por estar presente, solamente, una mesa, pensamos que es una consulta de enfermería y, se confirma, por la actitud de espera que refleja la enfermera, está esperando que llegue un paciente. Muestra una actitud de cierta *distancia y suficiencia* que, en alguna medida, se contrarresta con la expresión *cálida* que nos muestra.

Las imágenes **b** y **c** coinciden en que las dos llevan *pijama* y tiene *disposición* hacia el cuidado del otro. En la imagen **b** entendemos que el cuidado está centrado en la persona, lleva un *documento* que nos hace intuir que es la historia de enfermería (historia del paciente), es *cercana, alegre, cálida, receptiva* y con *disposición* a ayudar. La imagen **c** la vemos centrada en los aspectos técnicos por llevar el *fonendo* de forma ostentosa, pero también, muestra *alegría*, es *cálida y cercana*, con disposición hacer (también es cuidado, pero resaltando lo técnico) y, además lleva *cofia* y una especie de sobre capa, elementos que como insistentemente venimos diciendo no esperábamos encontrar y, a su vez, los hemos ido dando una explicación, tanto en el Capítulo 2 de esta tesis, como en apartados anteriores.

La forma de concebir a la enfermera por las enfermeras de atención primaria la podemos representar en una figura *femenina, joven, con pelo largo o pelo corto*, transmitiendo *calidez, alegría, seriedad, con disponibilidad, receptividad, cercanía* y mostrando alguna *distancia*. Además, lleva *pijama, zuecos o zapatos, jeringa, fonendo, cruz y cofia*. Con estos resultados, de nuevo, encontramos, por una parte, la representación de una enfermera que para ella prima los aspectos primordiales del cuidado (acercarse al otro, implicarse, escuchar, apoyar, acompañar, etc.) y, por otra, la enfermera que concede mayor importancia o resalta los aspectos técnicos de la profesión. A su vez, estos dos tipos de representación de la enfermera que hemos ido obteniendo en este análisis, comparten el estar presente en los dos la *cofia* y la *cruz*.

También, con este grupo, como con los grupos anteriores, nuestra hipótesis era que apareciese en los dibujos una enfermera sin símbolos y, hemos encontrado que no ha sido así, como ocurrió con los otros grupos que hasta este momento hemos presentado.

De forma que podemos decir que con este grupo de enfermeras, tampoco hemos obtenido los resultados esperados. Sin embargo, de nuevo, hemos obtenido dos tipos de enfermeras, una con inclinaciones claras hacia los aspectos técnicos y, otra que valora y concede prioridad, a los aspectos más relacionados con los cuidados, tanto físicos y psicológicos, como sociales, que comparten, como hemos comentado la *cofia* y la *cruz*.

De manera que con estos resultados, al igual que con los obtenidos por los estudiantes de La Paz, los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz y las enfermeras de hospitalización, vamos logrando, en alguna medida, un gradiente de identidad enfermera que, a su vez, proyecta una tipología de dibujos que se va conformando y aseverando con cada una de las representaciones, que con mayor frecuencia han elegido los participantes de nuestro estudio que de momento hemos analizado.

Seguidamente, les mostramos los resultados obtenidos en el análisis de los dibujos, que representando a la enfermera, han realizado los médicos que participan en nuestro estudio. Al igual, que con los grupos hasta hora analizados, también, esperamos en el grupo de médicos aparezca dibujada una enfermera cuidadora.

4.1.5. Dibujos realizados por médicos

En este grupo de médicos, también, han elegido para sus dibujos con alta representación una figura *femenina* con un 76% y *joven* un 74%. En la categoría Cabeza la han dibujado con un porcentaje alto el *pelo largo* un 60%, en relación a él, opinamos, que no aporta nada al cuidado, solamente, que si la enfermera va aplicar técnicas, debe estar recogido. En cambio, hemos obtenido porcentajes bajos respecto a los esperados, en *pelo corto* con un 26% y en *pelo recogido* con un 6%. Además, han representado con un porcentaje que consideramos importante, a un enfermero *calvo* con un 14%. Sin embargo, en *pelo rizado* y *alborotado* hemos obtenido un 26% y esperábamos obtenerlo menor. En la categoría Cara las representaciones que hemos obtenido son bajas, las presentamos, por la relación que tienen, alguna de ellas, con el estereotipo de la enfermera, así, aparece con *gafas* un 10%, con los *labios pintados* un 16%, con los *ojos pintados* un 12% y con *pendientes* un 8%. En la categoría Expresión facial hemos obtenido porcentajes altos, como esperábamos, en *alegre* un 50%, en *cálida* un 66% y en *seria* un 50%, a estas expresiones las consideramos favorables al cuidado. En Expresión corporal hemos obtenido representaciones altas las actitudes de *disponibilidad* con un 82%, de *receptividad* con un 86% y de *cercanía* con un 62% que era lo esperado, por ser favorables al cuidado. En cambio, en las actitudes de *suficiencia* con un 10%, de *defensa* con un 24% y de *distancia* con un 38%, aunque, los porcentajes, no son altos, los consideramos importantes por ser actitudes que no favorecen la relación enfermera paciente.

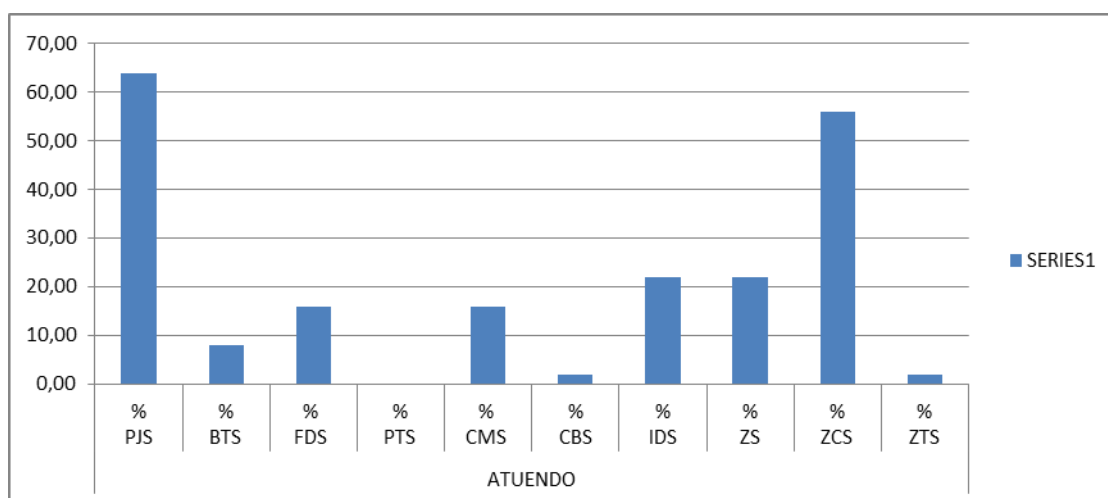


Gráfico 3. Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de los médicos.

En la categoría Atuendo, como podemos ver en el Gráfico 3, donde aparece representada la enfermera con porcentajes altos en *pijama* un 68%, en *zuecos* un 56% y en *zapatos* un 22%, estos resultados eran los esperados. Relacionado con *zuecos* y *zapatos*, debemos señalar que este grupo ha dibujado a la enfermera sin pies, por este motivo, la representación de *zuecos* y *zapatos*, aunque, añadamos los *zapatos de tacón* con un 2%, no alcanza la máxima representación posible. En la categoría Símbolos hemos obtenido un porcentaje alto en *jeringa* con un 50%, que como ya hemos comentado, la consideramos formando parte de los cuidados técnicos de la profesión y, también, del estereotipo de la enfermera. Además, los porcentajes que hemos obtenido en la *cofia* con un 22% y la *cruz* con un 28%, no siendo altos, para nosotros son importantes, tanto por los significados que recogen, como por formar parte de la estereotipia de la enfermera y, también, aquí, no esperábamos que estuviesen representados. En cambio, el *fonendo* con un 10% y el *documento* con un 10%, consideramos que tienen baja representación.

De la misma forma, que en los grupos anteriores, el grupo de médicos ha elegido para sus dibujos la figura *femenina, joven*, han dibujado una figura *femenina, joven, con pelo largo*, con *pijama, zuecos, zapatos* que puede mostrarse *alegre o cálida o, seria*, junto los *labios pintados*, los *ojos pintados* los *pendientes, pelo rizado y alborotado* y actitudes de *suficiencia, defensa* y de *distancia*, acompañada de una *jeringa* que como hemos comentado, la consideramos formando parte de los cuidados técnicos de la profesión y, también, del estereotipo de la enfermera. Además, en la *cofia* y la *cruz* los porcentajes que hemos obtenido los consideramos importantes, tanto por los significados que recogen, como por formar parte

de la estereotipia de la enfermera y, también, aquí, no esperábamos que estuviesen representados. En cambio, el *fonendo* y el *documento* tienen una representación baja.

A continuación, como venimos haciendo con los demás grupos, también aquí vamos a mostrar los de dibujos que hemos seleccionado como los más representativos de este grupo, con el fin de presentar los rasgos más destacados, que los médicos han marcado en la representación de la enfermera. Recordemos que en los dibujos, de alguna manera, se proyectan algunos rasgos de la identidad enfermera. De manera, que quien lo realiza, espera que a través de ellos reconozca al personaje de su dibujo. Por esto, decimos, que en cierta medida, los dibujos recogen, algunas señas de identidad profesional enfermera.

También, como este grupo, al igual que con los anteriores, vamos a presentar formas diferentes de enfermeras, que hemos seleccionado como representativas de los dibujos que el grupo de médicos de nuestro estudio ha dibujado (ver Figura 14).

Imágenes:

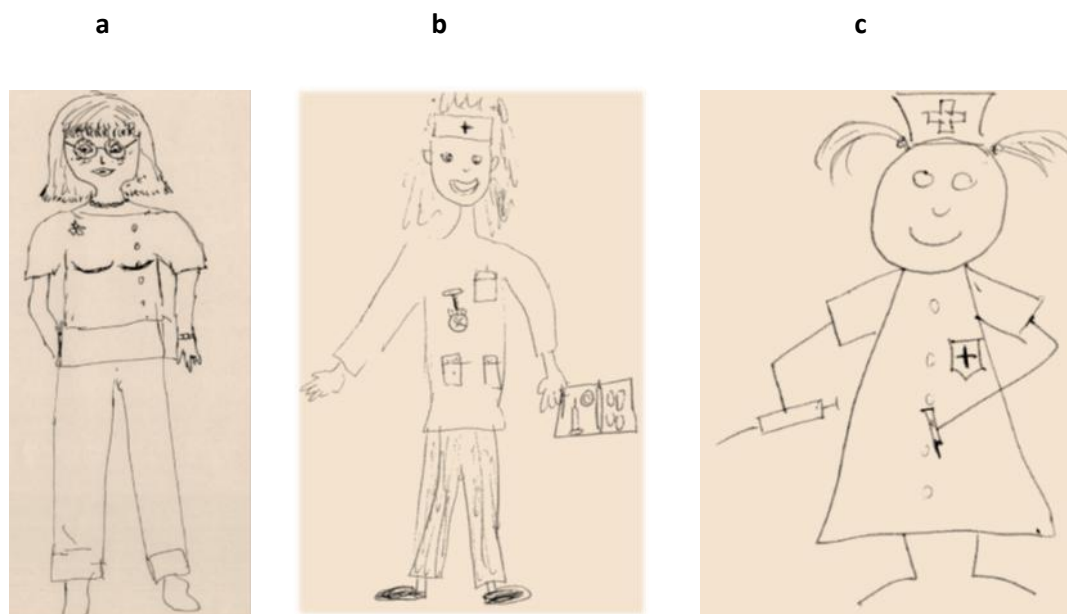


Figura 14. Dibujos realizados por los médicos de nuestro estudio.

Parece claro, a la vista estas tres imágenes que representan a la enfermera, que existen semejanzas y diferencias entre ellas. En la primera imagen **a** como podemos observar, coincide con las otras dos, en ser una *mujer*, *joven*, con *pelo* y tener una *cruz*. Las diferencias están, continuando con la imagen **a** en las *gafas*, *pantalones* (de vestir), *camisa* ajustada y *zapatos de tacón*, muestra *receptividad*, *disposición*, *cercanía*, *defensa* y *suficiencia*. Diríamos que es una enfermera con cierta inclinación al cuidado. En cambio, si hacemos otra lectura de

esta imagen, encontramos la sutileza con la que aparecen dibujados cierto aspectos de la enfermera, que nos dan una imagen entre comedida y sexy, como podemos ver en ciertas imágenes estereotipadas de la enfermera que el cine y el pop americano nos han ofrecido y siguen ofreciéndonos, aspectos que ya hemos comentado, tanto en el Capítulo 2, como anteriormente.

En la imagen **b** apreciamos que tiene los *labios* y los *ojos pintados*, es *alegre, cálida*, muestra *cercanía, receptividad y disposición* de ayuda. Además, lleva una batea con instrumental y su Atuendo esta formado por unos *pantalones* con una especie de chaqueta larga, en esta figura sobresale la *cofia* con *cruz*. De esta manera, que también, en este grupo, vemos a una enfermera dirigida, en primer lugar, a los aspectos técnicos del cuidado y, en segundo lugar, a una enfermera dirigida a los aspectos del cuidado.

La imagen **c**, nos muestra a una enfermera *alegre, cálida, cercana, receptiva*, con *disposición* a hacer y lleva una *jeringa*. El Atuendo con el que la han vestido, es una especie de *vestido* y, en él, sobresale la *cofia* con una *cruz*. Luego, podemos decir, que esta representación de la enfermera, comparte, también, por un lado, aspectos dirigidos al cuidado y, por otro, los aspectos técnicos del cuidado.

Así, la imagen de la enfermera que nos muestran los médicos es *femenina, alegre, cálida, cercana*, centrada en la técnica. Acompañada de símbolos como la cofia perteneciente a una etapa anterior, donde a la enfermera se la asignó ser la ayudante del médico y acatar todas sus órdenes (sin tener ni voz, ni voto). En este grupo, también, a la enfermera, en alguna medida, la disfrazan o tratan de reflejar en ella aspectos eróticos sutilmente proyectados, que de alguna manera, revoletean en el imaginario de algunos médicos.

También, con estos resultados, al igual que con los obtenidos por los estudiantes de La Paz, los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, las enfermeras de hospitalización y las enfermeras de atención primaria, hemos conseguido, en cierta medida, un gradiente de identidad enfermera que, a su vez, ha proyectado una tipología de dibujos, que podemos configurar e ir ratificando, con cada una de las representaciones de la enfermera, que con mayor frecuencia, han elegido para sus dibujos los participantes de nuestro estudio, hasta este momento, analizados.

Por último, de la misma forma que con los grupos anteriores esperamos hayan dibujado una enfermera cuidadora el grupo de odontólogos que seguidamente vamos a analizar.

4.1.6. Dibujos realizados por odontólogos

Al igual que en los grupos anteriores, también, en los odontólogos hemos analizado las distintas categorías asignadas al dibujo. De manera que este grupo de odontólogos, también, ha elegido para sus dibujos la figura de la enfermera *femenina* en un 83,3%, *joven* en un 70,37%, *pelo largo* en un 74,07%, *pelo rizado y alborotado* en un 22,2%, porcentajes que consideramos altos. Además, han dibujado a la enfermera con *pelo corto* un 20,37%, y, al enfermero *calvo* un 5,56%, con un porcentaje menor. En este grupo, por un lado, el *pelo recogido* con un 7,41% tiene un porcentaje muy bajo y esperábamos que fuese mayor, por otro, representa con un porcentaje mayor los *labios pintados* con un 20,37%, los *ojos pintados* con un 29,63% y los *pendientes* con un 12,96% y, esperábamos que fuese menor. Volvemos a recordar, que los *labios pintados*, los *ojos pintados* y los *pendientes*, no son necesarios para cuidar, en cambio, los encontramos formando parte de la estereotipia que entorno a la enfermera revolotea. La Expresión facial la representan *cálida* un 83,3%, *alegre* un 62,96% y *seria* un 37,04%, estos porcentajes son altos como esperábamos, por tener importancia en el cuidado la presencia de estas expresiones. También, están representadas las actitudes de *disponibilidad* un 85,19%, *receptividad* un 83,3% y *cercanía* un 75,93%, donde, tal y como, esperábamos hemos alcanzado porcentajes altos. Por otra parte, en *suficiencia* un 16,67%, *defensa* un 20,37% y *distancia* un 31,48% hemos obtenido porcentajes menores, aunque, consideramos que siguen siendo unos porcentajes importantes en nuestra investigación, por las connotaciones negativas que comportan para el cuidado.

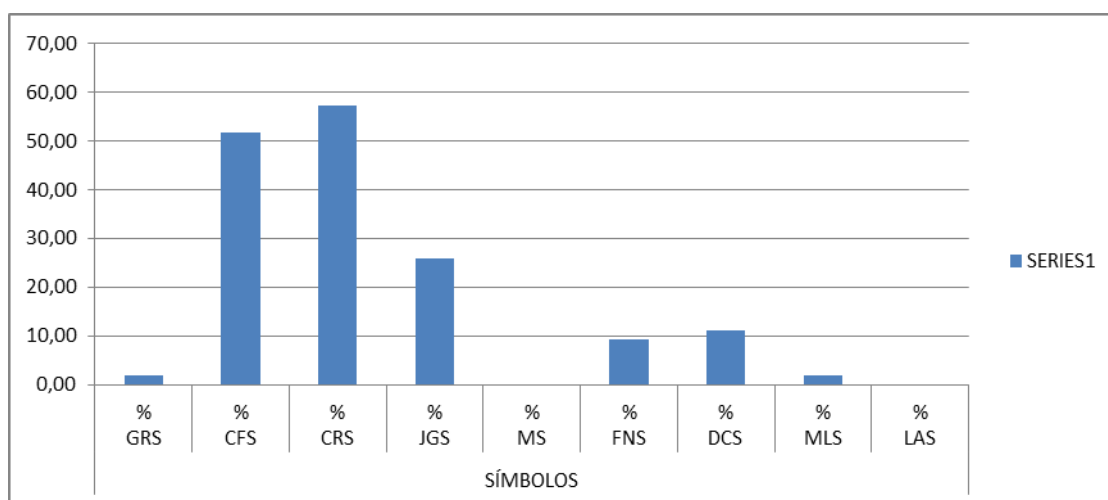


Gráfico 4. Distribución en porcentajes de la categoría símbolos de los odontólogos.

El Atuendo con que han representado a la enfermera, ha sido con *zuecos* un 51,85%, *zapatos* un 40,74% y *pijama* un 62,96% que están representados con porcentajes altos, como esperábamos. Por el contrario, en *falda* con un 29,63%, es el porcentaje más alto de todos los grupos que participan en nuestro estudio. También, tiene un porcentaje importante la *camisa* un 31,48%, en cambio, los *zapatos de tacón* con un 3,70%, están representados con un porcentaje muy bajo. Los Símbolos que lleva la enfermera, como hemos visto en el Gráfico 4 tienen porcentajes altos en *cofia* un 51,85% y en *cruz* un 57,41%. Por el contrario, en *jeringa* un 25,93%, en *fonendo* un 9,26% y en *documento* un 11,11%, aunque hemos obtenido porcentajes bajos no dejan de ser representativos, por un lado, la jeringa y el fonendo, están relacionados con los aspectos técnicos de la profesión y, a veces, acompañan al estereotipo de la enfermera y, por otro, el documento lo podríamos ver formando parte del trabajo autónomo de la enfermera.

Este grupo de odontólogos, también, ha elegido para sus dibujos la figura de la enfermera *femenina*, *joven*, *pelo largo*, *pelo rizado* y *alborotado*, con *pijama*, *zuecos* o *zapatos*, *es cálida*, *alegre* y *seria* en porcentajes altos. De otra forma, muestra *suficiencia*, *defensa* y *distancia* con porcentajes menores pero importantes por ser actitudes que no favorecen el cuidado. También, ha dibujado a la enfermera con *pelo corto* y, al enfermero *calvo* en un porcentaje menor. A su vez, por un lado, el *pelo recogido* lo representa con un porcentaje muy bajo y esperábamos que fuese mayor y, por otro, representa con un porcentaje mayor los *labios pintados*, los *ojos pintados* y los *pendientes* y esperábamos que fuese menor. A su vez, dibuja una enfermera con *falda*, *camisa*, *cofia*, *cruz*, *jeringa*, *fonendo* y *documento*.

A continuación, en la Figura 15 vamos a exponer algunos dibujos, en este caso hemos seleccionado cuatro, de los realizados por este grupo de odontólogos y, que hemos considerado más representativos en relación con los rasgos identitarios que hemos ido configurando a lo largo del análisis de los dibujos de cada uno de los grupos.

Imágenes:

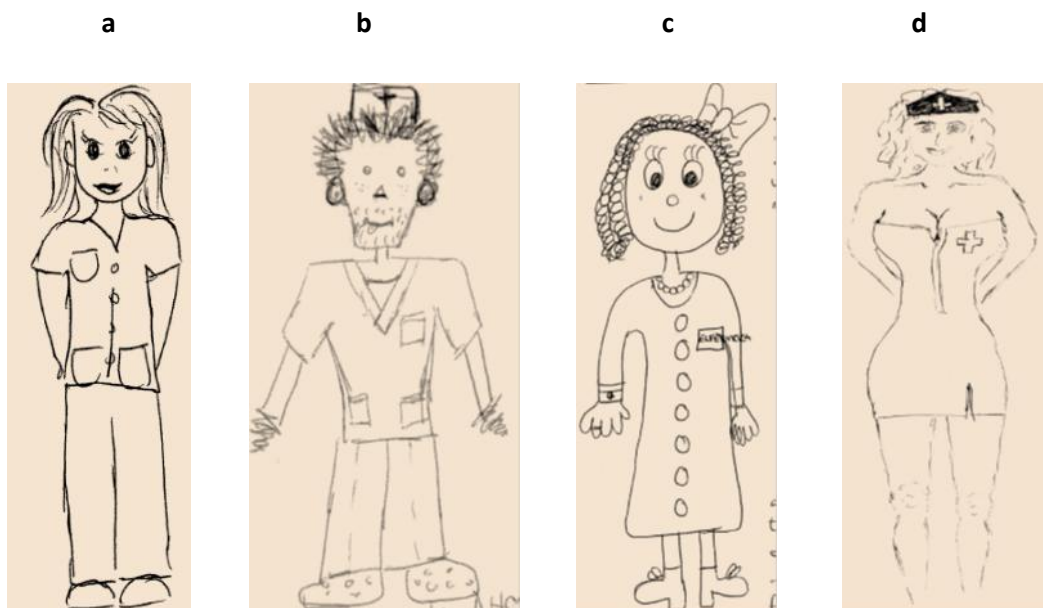


Figura 15. Dibujos realizados por los odontólogos de nuestro estudio.

En las imágenes que les acabamos de mostrar, las enfermeras y el enfermero representados, coinciden en que todas tienen pelo. Las diferencias como se puede ver son notables; así, por ejemplo, si comparamos la imagen **a** y la imagen **b** las coincidencias que observamos son que llevan *pijama* y *zuecos*. Mientras que, la enfermera tiene los *ojos* y los *labios pintados*, está *seria* y tiene una actitud de *defensa*, el enfermero lleva *barba*, *pendientes*, *cofia con cruz* y muestra una expresión de *cercanía* y *disposición* hacia el cuidado. En cambio, no encontramos explicación para la *cofia* que le han puesto al enfermero, solamente, la podemos ver como símbolo que recoge las distintas atribuciones otorgadas a su representación, como hemos visto en el Capítulo 2.

Por otra parte, las imágenes **c** y **d** coinciden, solamente, en que en las dos tienen el *pelo rizado* y los *ojos pintados*. Mientras que en la imagen **c** la enfermera está *alegre* con una expresión *cálida*, *cercana*, *receptiva* y *disposición* a cuidar, lleva un *vestido-bata*, con *identificación* y *zapatos de tacón*. En la imagen **d** la enfermera está representada con *cofia* y *cruz*, con una expresión *seria* mostrando *suficiencia* y actitud de *defensa*, vestida con un traje no apropiado para el cuidado que refleja una enfermera estereotipada que nos recuerda a la imagen nada condescendiente con la enfermera que el cine del siglo XX mostraba, como, también, ha sido comentado con anterioridad, también, en el Capítulo 2.

El grupo de odontólogos representa a la enfermera mayoritariamente *femenina*, *joven*, con *pelo largo*, *pelo rizado* y *alborotado*, con los *labios* y los *ojos pintados*, con *pendientes*, es

alegre, transmite *calidez y seriedad*, muestra actitud de *disponibilidad, receptividad, cercanía, pijama, zuecos o zapatos de tacón, cofia y cruz*. De la misma forma que en los grupos anteriormente analizados, igualmente, en este grupo, hemos obtenido una enfermera con inclinación al cuidado. Del mismo modo, en menores porcentajes pero que consideramos importantes aparece una enfermera con una actitud de *suficiencia, defensa y distancia*, que lleva *falda o vestido, camisa, jeringa, documento y fonendo*, que nos lleva a pensar, en una enfermera con una clara inclinación a los aspectos técnicos de la enfermería, que como venimos diciendo, a pesar de formar parte del cuidado, debería aparecer en segundo lugar. Además, los símbolos *cofia, cruz, jeringa y fonendo* pueden estar acompañando a una o a los dos tipos de enfermeras que acabamos de describir.

En resumen, opinamos que si bien es cierto que hemos obtenido una enfermera con inclinación al cuidado (*disponibilidad, receptividad, cercanía*) y otra centrada en los cuidados técnicos (*jeringa, fonendo, suficiencia, defensa, distancia*), en las dos está la *cofia* con *cruz*, que como venimos diciendo es un símbolo de sumisión y acatamiento de la norma establecida. Por lo cual, este grupo, percibe a la enfermera desde la concepción de un profesional que está o, quiere que esté, a las órdenes de otro, a la vez, unida a la simbología erótica estereotipada y presente en el imaginario de algunos profesionales de la salud.

Con estos resultados, de la misma forma que con los obtenidos por los estudiantes de La Paz, los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, las enfermeras de hospitalización, las enfermeras de atención primaria y los médicos, como han podido comprobar, hemos logrado, en cierta medida, un gradiente de identidad enfermera que, a su vez, nos ha permitido proyectar una tipología de dibujos, que hemos ido configurando y ratificando, con cada una de las representaciones, que con mayor frecuencia han elegido para sus dibujos los participantes de nuestro estudio.

4.2. CONCLUSIONES

A lo largo de este primer capítulo de resultados, hemos podido observar cómo el análisis descriptivo nos muestra por un lado, las categorías, que presentan un mayor o menor volumen de frecuencia, o ausencia de representación. Por otro lado, hemos analizado la evolución de las representaciones de la enfermera a través del dibujo, que han seguido los estudiantes de cada una de las escuelas durante los tres cursos de la diplomatura. Además, y, de la misma forma, hemos analizado los dibujos realizados por las enfermeras de

hospitalización, por las enfermeras de atención primaria, por los médicos y por los odontólogos.

De manera que, los estudiantes de La Paz representan con porcentajes altos a la enfermera *femenina y joven*, a su vez, hemos encontrado en *pelo recogido, disponibilidad, receptividad, cercanía, seria*, que han ido aumentando el porcentaje de su representación desde primero hasta tercero; coincide, en alguna medida, con resultados que esperábamos obtener y, pensamos que, también, está presente la influencia de la escuela, la cultura y, la socialización en el aula, tanto, en la evolución del pelo recogido, como en el mantenimiento de estas actitudes. De la misma manera, ha ocurrido con el *fonendo* que ha ido disminuyendo su aparición, desde primero hasta tercero, donde está representado con un porcentaje muy bajo y como esperábamos, también, aquí, podemos ver la influencia de la escuela. En cambio, se han mantenido con porcentajes bajos, los *labios pintados, ojos pintados y pendientes* como esperábamos, donde, también, percibimos influencias de la escuela. Lo mismo ha ocurrido con el *pijama* y los *zuecos* que están representados con porcentajes altos en los tres cursos, estos resultados los podemos atribuir, por un lado, a la concepción del pijama y los zuecos como vestimenta cómoda para trabajar y, por otro, a la influencia de la escuela que exige a los estudiantes que lleven pijama y zuecos o zapatos, para el aprendizaje clínico. Luego, aquí también, se ha cumplido lo esperado. No ha ocurrido así, con *defensa, distancia y suficiencia*, que esperábamos obtener una representación menor y, la hemos obtenido mayor, ya que, a estas actitudes las consideramos no favorables al cuidado. Tampoco, ha ocurrido así con *identificación* que aparece en primero disminuye en tercero y es una recomendación de la escuela. Sin embargo, los códigos *cofia* y *cruz*, aunque aparecen en los dibujos de estos estudiantes están representados con unos porcentajes muy bajos. Los *zapatos de tacón* aparecen en primero y en segundo aumenta y, como esperábamos no aparecen en tercero, por lo cual, de alguna manera, se percibe las influencias de la escuela y la cultura de la organización.

Por otra parte, con los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz hemos obtenido porcentajes altos en la figura *femenina, joven*. También, en *alegre, cálida, seria, disponibilidad, receptividad y cercanía* hemos obtenido con pequeñas variaciones de primero a tercero que coincide, en alguna medida, con resultados que esperábamos obtener y, percibimos la influencia de la escuela, en el mantenimiento y desarrollo de estas actitudes. Lo mismo ocurre con las actitudes de *suficiencia, defensa y distancia* que aparecen en primero, en segundo aumentan o se mantienen y en tercero disminuyen, por tanto, percibimos la influencia de la escuela. En *pelo corto* tienen una representación importante que ha ido aumentando como

esperábamos, por tanto, percibimos influencias de la escuela. A su vez, los resultados obtenidos en *pelo recogido*, no se corresponden con lo que esperábamos, por haber seguido un sentido inverso, ya que ha ido disminuyendo su representación de primero a tercero. En cambio, en los *labios pintados*, *ojos pintados* y *pendientes*, ha ocurrido lo contrario a lo esperado, y, se mantienen los porcentajes altos, a lo largo de los tres cursos. Sin embargo, en *pijama*, *zuecos o zapatos e identificación* los representan los tres cursos con porcentajes altos, que van aumentando de primero a tercero, por tanto, se han cumplido los resultados esperados y percibimos la influencia de la escuela. Por su parte, la *cofia*, el *fonendo* y el *documento* que aparecen en primero y van disminuyendo hasta tercero, por lo cual, se han cumplido los resultados esperados, luego, también aparece la influencia de la escuela. Por otra parte, la *cruz* y la *jeringa* van aumentando de primero a tercero, por tanto, no se cumple lo que esperábamos.

El grupo de enfermeras de hospitalización han elegido para sus dibujos una figura *femenina y joven*. A su vez, como esperábamos la han representado con porcentajes altos en *alegre*, *cálida*, *seria*, *disponibilidad* y *receptividad* que consideramos favorables al cuidado y, con *pijama*, *zuecos o zapatos* que aportan comodidad. No ha ocurrido lo mismo con el *pelo recogido* que apenas lo representan. Tampoco, se ha cumplido lo esperado, con los *labios pintados*, los *ojos pintados* y los *pendientes* que están representados con porcentajes altos. En cambio, tiene una frecuencia no deseada la *falda*, la *camisa*, los *zapatos de tacón*, *jeringa*, la *cruz* y la *cofia*, que, también, esperábamos que estuviesen representadas con menor representación. Luego, tendríamos una enfermera dirigida a los aspectos del cuidado, entendidos, en el sentido de atender las necesidades, en las tres áreas de la persona (física, psicológica y social) y, vigilar su entorno. Por otra parte, podemos percibir, a una enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión

La forma de concebir a la enfermera por las enfermeras de atención primaria la podemos representar en una figura *femenina, joven*, con *pelo largo o pelo corto*, transmitiendo *calidez*, *alegría*, *seriedad*, con *disponibilidad*, *receptividad*, *cercanía* y mostrando alguna *distancia*. Además, lleva *pijama*, *zuecos o zapatos*, *jeringa*, *fonendo*, *cruz* y *cofia*. Con estos resultados, de nuevo, encontramos, por una parte, la representación de una enfermera que para ella prima los aspectos primordiales del cuidado (acercarse al otro, implicarse, escuchar, apoyar, acompañar, etc.) y, por otra, la enfermera que concede mayor importancia o resalta los aspectos técnicos de la profesión. A su vez, estos dos tipos de representación de la

enfermera que hemos ido obteniendo en este análisis, comparten el estar presente en los dos la *cofia* y la *cruz*.

En el grupo de médicos, como esperábamos, también, han elegido para sus dibujos con alta representación una figura *femenina, joven, con pelo largo, pijama, zuecos, zapatos, alegre, cálida, seria, con disposición, receptiva y cercanía*, luego por las expresiones y actitudes que presenta decimos que es una enfermera con disposición al cuidado. En cambio, representan con porcentajes, que no son altos, pero para nosotros tienen importancia por lo que representan y significan, como es el *pelo rizado y alborotado, distancia y jeringa*. También, representan el *pelo corto* con un porcentaje bajo, pero que consideramos importante para el cuidado. Además, en la *cofia* y la *cruz* los porcentajes siendo bajos los consideramos importantes, tanto por los significados que recogen, como por formar parte de la estereotipia de la enfermera. También, en *suficiencia, defensa y distancia*, aunque la representación es baja, es lo suficiente importante, por la influencia negativa para el cuidado. El *fonendo* y el *documento*, también, tienen una representación baja.

El grupo de odontólogos representa a la enfermera mayoritariamente *femenina, joven, con pelo largo, pelo rizado y alborotado*, con los *labios y los ojos pintados, con pendientes, es alegre*, transmite *calidez y seriedad*, muestra actitud de *disponibilidad, receptividad, cercanía, pijama, zuecos o zapatos de tacón, cofia y cruz*. De la misma forma que en los grupos anteriormente analizados, igualmente, en este grupo, hemos obtenido una enfermera con inclinación al cuidado. Del mismo modo, en menores porcentajes pero que consideramos importantes aparece una enfermera con una actitud de *suficiencia, defensa y distancia*, que lleva *falda o vestido, camisa, jeringa, documento y fonendo*, que nos lleva a pensar, en una enfermera con una clara inclinación a los aspectos técnicos de la enfermería, que como venimos diciendo, a pesar de formar parte del cuidado, debería aparecer en segundo lugar. Además, los símbolos *cofia, cruz, jeringa y fonendo* pueden estar acompañando a una o a los dos tipos de enfermeras que acabamos de describir.

De esta manera, en el análisis realizado con cada uno de los grupos nos ha permitido elaborar cuatro tipos de dibujos ideales representando a la enfermera y, que vamos a utilizar dicha tipología por contener un gradiente de identidad enfermera y, que a continuación, vamos a mostrarles los cuatro tipos de dibujos ideales y, la descripción correspondiente a cada uno de ellos. Los hemos clasificado en Tipo A, Tipo B, Tipo C y Tipo D.

Tipo A. Recoge la imagen que nos muestra la figura de una enfermera joven, estereotipada, que lleva un atuendo compuesto por *vestido* o, por *falda y blusa o pantalones* (pueden aparecer ajustados), e incluso *pijama, zuecos o zapatos o zapatos*

de tacón, cofia con cruz, jeringa, fonendo, batea o sondas, identificación. Muestra seriedad, distancia y defensa, en el sentido de protegerse del contacto con el enfermo, solamente le toca con los instrumentos (fonendo, tensiómetro). El pelo, generalmente es largo y suelto o rizado y alborotado, tiene los ojos pintados, los labios pintados y pendientes, elementos que no influyen en el cuidado. A este modelo de enfermera, así representada, la percibimos como una enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión, sin disposición a cuidar.

Tipo B. Se corresponde con la imagen de una enfermera con vestido o, con falda y blusa o con pantalones, (pueden aparecer ajustados), con zuecos o, con zapatos o zapatos de tacón y lleva cofia con cruz. El pelo, generalmente, es largo y suelto o rizado y alborotado. Puede llevar los ojos pintados, los labios pintados y pendientes, elementos que no influyen en el cuidado. Su expresión es cálida, con una actitud de cercanía, con disposición de ayuda y receptiva decimos que es una enfermera que está orientada al cuidado.

Tipo C. Está configurada por la imagen de una enfermera que lleva pijama con zapatos o zuecos con el pelo largo, o pelo corto, recogido o suelto, rizado y alborotado. Puede llevar los ojos pintados, los labios pintados y pendientes, elementos que no influyen en el cuidado. Su expresión es seria, cálida muestra cierta distancia, defensa y suficiencia actitudes que no son favorables al cuidado. Además, lleva jeringa, tijera, fonendo y algún instrumento en este caso predominan los aspectos instrumentales de la profesión. Por tanto, decimos que es una enfermera más centrada en las técnicas y procedimientos que en el cuidado.

Tipo D. Representa a la enfermera cuidadora, se corresponde con la imagen de una enfermera representada por una figura femenina o masculina que lleva el pelo largo recogido o corto, puede llevarlo suelto y rizado. La cara para cuidar no es necesario que esté pintada, por tanto, los ojos y los labios pintados no deberían aparecer. La expresión de la cara es cálida, alegre o seria. La expresión corporal es de cercanía, receptividad y disposición de ayuda, actitudes que son favorables en el cuidado. Por el contrario, no debe mostrar suficiencia, distancia, ni defensa, por ser actitudes que no favorecen el cuidado. El atuendo puede ser un pijama y/o bata y puede calzar zapatos o zuecos. Los símbolos que forman parte de la dimensión técnica del cuidado son la

jeringa, la *maskarilla*, el *fonendo*, el *esfigmomanómetro*, *documento*, los lleva la enfermera, solamente, cuando va a administrar alguna técnica o procedimiento del cuidado y, otros símbolos como la *cofia*, la *cruz*, no son necesarios para cuidar.

A partir de esta tipología, podemos decir, que los estudiantes de primer curso de La Paz dibujan a una enfermera **Tipo C**, que se corresponde con una mujer *joven* con *pelo largo*, *ojos pintados*, con una expresión facial *cálida*, a la vez, que su expresión corporal muestra cierta *distancia*, lleva *pijama*, *zuecos*, *jeringa*, *fonendo*, *instrumentos*. Decimos que es una enfermera más centrada en las técnicas y procedimientos, que en el cuidado. A su vez, percibimos, también, una enfermera **Tipo A**, que es *joven*, con *pelo largo*, *ojos pintados*, con una expresión facial *cálida*, a la vez, que su expresión corporal muestra cierta *distancia*, lleva *pijama*, *zuecos*, *pelo largo*, *ojos pintados*, *jeringa*, *fonendo* y *cofia*, también es una enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión.

Los estudiantes de segundo curso de La Paz han representado a una enfermera *joven* con *pelo largo*, *pelo recogido*, *cálida*, *receptiva*, *seria*, con *pijama*, *zuecos*, los *ojos pintados*, *defensa*, *distancia*, *suficiencia*, *jeringa*, *zapatos de tacón*. Por tanto, por un lado, percibimos a una enfermera en la que existen elementos más proclives al cuidado a la que llamamos enfermera cuidadora que se corresponde, en nuestra tipología, con el **Tipo D** y, por otro lado, vemos a una enfermera inclinada hacia los aspectos técnicos del cuidado que se corresponde con el **Tipo C**.

La figura que mayoritariamente han representado los estudiantes de tercero ha sido *femenina*, *joven*, con *pelo largo*, *pelo recogido*, *ojos pintados*, *cálida*, con alguna *defensa* y *distancia* lleva *pijama*, *zuecos*, *jeringa*, *fonendo*, en ocasiones *falda*, *cruz* y *cofia*. Percibimos, no obstante, la existencia de elementos tendentes al cuidado humano como son la *calidez*, la *cercanía* y *disposición* de ayuda, conviviendo con elementos proclives a los aspectos técnicos, como es la presencia de la *jeringa*, *fonendo* y *batea*. Por tanto, en este grupo, tenemos, por una parte, a una enfermera que se acerca a los aspectos biopsicosociales del cuidado, dirigida al cuidado que en nuestra tipología se corresponde con el **Tipo D**. Por otra, esta la enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión, que lleva *jeringa*, *fonendo* y, además *cofia*, por tanto, es una enfermera que se corresponde con el **Tipo A** de nuestra tipología.

Luego, con los estudiantes de La Paz las experiencias previas que tenían al llegar a la escuela, en alguna medida, se han modificado. En primero representa a una enfermera **Tipo A** centrada en los aspectos técnicos de la profesión acompañada de símbolos y a otra **Tipo C** centrada en los aspectos técnicos de la profesión, en segundo representan a la enfermera

centrada en el cuidado **Tipo D** y a otra **Tipo C** centrada en los aspectos técnicos de la profesión. Los estudiantes de tercero representan a una enfermera centrada en el cuidado **Tipo D** y, a otra enfermera que se ocupa de los aspectos técnicos de la profesión y lleva alguno de los símbolos, como la cofia, la jeringa o el fonendo, que se corresponde con el **Tipo A**. Luego, con estos resultados, podemos decir, que, en alguna medida, las experiencias previas a medida que han ido pasando de curso se han modificado.

La forma de concebir a la enfermera los estudiantes de primero de la Fundación Jiménez Díaz, la podemos representar en una figura *femenina, joven, con pelo largo, los ojos pintados, con una expresión facial alegre y cálida, cercana, que de alguna manera, muestra cierta distancia, lleva pijama, zuecos, jeringa, fonendo, cruz, cofia*. Por tanto, en nuestra opinión, es una enfermera que combina la utilización de las técnicas y procedimientos con el cuidado. De manera, que se corresponde con el **Tipo D** la enfermera *joven, con pelo largo, los ojos pintados, con una expresión facial alegre y cálida, cercana, que como decimos es una enfermera centrada en el cuidado*. Por otro lado, esta la enfermera centrada en los aspectos técnicos, que se muestra distante, suficiente y lleva cofia, jeringa y fonendo, sin inclinación al cuidado decimos que es una enfermera que se corresponde con el **Tipo A**.

Los estudiantes de segundo de la Fundación Jiménez Díaz han representado una figura *femenina, joven, con pelo largo, pelo recogido, ojos y labios pintados, que expresa seriedad, cercanía, alegría, es cálida, con disposición de ayuda, llevan identificación, un documento, pijama, zuecos, decimos de ella que tiene inclinación al cuidado, luego se corresponde con el Tipo D* y, además, vemos a otra enfermera *joven, con distancia, defensa, labios y los ojos pintados, con fonendo y cofia* la percibimos como una enfermera centrada en las técnicas, por tanto se corresponde con el **Tipo A**.

Este grupo de tercero de la Fundación Jiménez Díaz, ha representado la figura de la enfermera *femenina, joven, con pelo, pelo largo, pelo recogido, identificación, tijeras, gafas, zuecos, pijama ojos pintados, labios pintados, cálida, receptiva, seria, calidez, seriedad, cercanía, receptividad, disposición de ayuda y lleva cofia, es una enfermera dirigida al cuidado, por tanto, es una enfermera Tipo B. Además, percibimos otra enfermera con elementos favorables al cuidado humano, como son la *calidez, seriedad, cercanía, receptividad y disposición de ayuda, conviviendo con elementos propensos a los aspectos técnicos, como es la presencia de la jeringa, fonendo y la mascarilla*. Por este motivo, podemos ver, por una parte una enfermera dirigida al cuidado **Tipo D** y, por otra, a una enfermera centrada en los aspectos técnicos **Tipo C**.*

Los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz las experiencias previas que tenían al llegar a la escuela, en alguna medida, se han modificado. Así, en primero representa a una enfermera centrada en el cuidado, que se corresponde con el **Tipo D** y, a otra enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión acompañada de símbolos **Tipo A**. En segundo representan a una enfermera con inclinación al cuidado se corresponde con el **Tipo D** y, a una enfermera dirigida a los aspectos técnicos de la profesión **Tipo C**. En tercero representan a una enfermera dirigida al cuidado acompañada de símbolos, es una enfermera **Tipo B**, a otra enfermera **Tipo D** dirigida al cuidado y, a una enfermera dirigida a los aspectos técnicos de la profesión **Tipo C**. Luego, las experiencias previas de estos estudiantes al llegar a tercero, en cierta medida, se han modificado.

El grupo de enfermeras de hospitalización han elegido para sus dibujos una figura *femenina, joven, alegre, cálida, seria, disponibilidad, receptividad, defensa, distancia, pijama, zuecos o zapatos labios pintados, los ojos pintados, los pendientes, falda, la camisa, los zapatos de tacón, jeringa, la cruz y la cofia*. Luego, tendríamos una enfermera dirigida a los aspectos del cuidado, entendidos, en el sentido de atender las necesidades, en las tres áreas de la persona que sería el **Tipo D**, a otra centrada en los aspectos técnicos de la profesión, acompañada de símbolos que sería el **Tipo A**, y otra **Tipo C** dirigida a la técnica.

La forma de concebir a la enfermera por las enfermeras de atención primaria la podemos representar en una figura *femenina, joven, con pelo largo o pelo corto, transmitiendo calidez, alegría, seriedad, con disponibilidad, receptividad, cercanía y mostrando alguna distancia*. Además, lleva *pijama, zuecos o zapatos, jeringa, fonendo, cruz y cofia*. Por tanto, vemos a una enfermera centrada en los aspectos primordiales del cuidado que se corresponde con el **Tipo D**, a otra enfermera que concede mayor importancia a los aspectos técnicos de la profesión que sería el **Tipo C** y, a otra que está dirigida al cuidado y además lleva cofia se corresponde con el **Tipo B**.

En el grupo de médicos la enfermera que ha representado es *femenina, joven, con pelo largo, pijama, zuecos, zapatos, alegre, cálida, seria, con disposición, receptiva y cercanía*, decimos que es una enfermera con disposición al cuidado que se corresponde con el **Tipo D**. Además, también, esta representado el *pelo rizado y alborotado, distancia y jeringa, suficiencia, defensa y distancia, cofia y la cruz*, por tanto, decimos que es una enfermera centrada en los aspectos técnicos acompañada de símbolos que se corresponde con el **Tipo A**. También, detectamos otra enfermera centrada en los aspectos técnicos sin símbolos que se corresponde con el **Tipo C**.

El grupo de odontólogos la enfermera que ha representado es *femenina, joven, con pelo largo, pelo rizado y alborotado, con los labios y los ojos pintados, con pendientes, es alegre, transmite calidez y seriedad, muestra actitud de disponibilidad, receptividad, cercanía, pijama, zuecos o zapatos de tacón*. De la misma forma que en los grupos anteriormente analizados, hemos obtenido una enfermera con inclinación al cuidado que se corresponde con el **Tipo D**, otra enfermera que, además, de lo anterior lleva *cofia y cruz* que se corresponde con el **Tipo B** y, otra enfermera que, a su vez, muestra *suficiencia, defensa y distancia*, que lleva *falda o vestido, camisa, jeringa, documento y fonendo* que se corresponde con el **Tipo C**, y por último, una enfermera que, además, de *suficiencia, defensa y distancia*, que lleva *falda o vestido, camisa, jeringa, documento y fonendo* lleva *cofia* que se corresponde con el **Tipo A**.

En el siguiente Capítulo 5 les presentaremos los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los dibujos de la enfermera realizados por los grupos que participan en nuestro estudio.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS DEL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIBUJOS DE LA ENFERMERA

5.1. ANÁLISIS COMPARATIVO DE DIBUJOS POR GRUPOS	229
5.1.1. Evolución general de los dibujos a lo largo del curriculum para las escuelas.	230
5.1.2. Todos los estudiantes de enfermería con todas las enfermeras	237
5.1.3. Todos los estudiantes de enfermería con los médicos	242
5.1.4. Todos los estudiantes de enfermería con los odontólogos	247
5.1.5. Enfermeras de atención primaria y enfermeras de hospitalización	252
5.1.6. Los médicos con todas las enfermeras	257
5.1.7. Los odontólogos con todas las enfermeras	261
5.1.8. Los médicos con los odontólogos	266
5.2. CONCLUSIONES	270

CAPÍTULO 5

RESULTADOS DEL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIBUJOS DE LA ENFERMERA

En este segundo capítulo de resultados, vamos a mostrar los resultados obtenidos a partir del análisis comparativo de los dibujos realizados entre (1) la evolución general de los dibujos de una escuela y la evolución general de los dibujos de la otra; entre (2) todos los estudiantes de enfermería de una escuela y todos los estudiantes de la otra; entre (3) todos los estudiantes y todas las enfermeras; entre (4) todos los estudiantes y los médicos; entre (5) todos los estudiantes y los odontólogos; entre (6) enfermeras de atención primaria y enfermeras de hospitalización; entre (7) todas las enfermeras y los médicos; entre (8) todas las enfermeras y los odontólogos; entre (9) los médicos y los odontólogos. Del mismo modo que en el capítulo anterior, nuestra intención en este diseño es facilitar al lector la comprensión de los distintos análisis de los dibujos que hemos llevado a cabo.

En el punto siguiente vamos a mostrar los resultados del análisis comparativo de los dibujos realizados por los estudiantes de enfermería de La Paz y por los estudiantes de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz.

5.1. ANÁLISIS COMPARATIVO DE DIBUJOS POR GRUPOS

En primer lugar, nos vamos a detener a describir los resultados obtenidos, de comparar las variables agrupadoras utilizadas en nuestro estudio, con las categorías establecidas, para el análisis de los dibujos y sus respectivos códigos, entre los distintos grupos que participan en nuestro estudio.

Como ya hemos señalado anteriormente, el objetivo de este análisis es averiguar las semejanzas y diferencias que existen, en la representación de la enfermera, entre los distintos grupos de participantes en nuestro estudio.

Comenzaremos presentando los resultados del análisis comparativo de la evolución que han seguido los estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería de la La Paz y de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz a lo largo del proceso formativo.

La hipótesis que manejamos es que los estudiantes formados en dos instituciones académicas distintas, pueden presentar diferencias en la concepción de la enfermera. Si fuese así, esta diferencia sería debida, en alguna medida, a la cultura de la organización y, a los valores, que desde ella se trasmite.

5.1.1. Evolución general de los dibujos a lo largo del curriculum para las escuelas.

En este punto vamos a analizar la evolución que han seguido los estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería de la La Paz y los estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz a lo largo del proceso formativo, en relación con la forma de representar a la enfermera o enfermero en sus dibujos. Con este fin, comenzaremos presentando el análisis de cada una de las categorías que hemos asignado al dibujo, de manera conjunta para las dos Escuelas.

CATEGORÍA GÉNERO

	LA PAZ			FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ		
CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
Femenino	88,52%	98,25%	92%	76,2%	79,07%	93,48%
Masculino	11,48%	1,75%	8%	23,8%	20,93%	6,52%

Tabla 43. Evolución del Género a lo largo del curriculum en las dos escuelas.

A la vista de los resultados en la Tabla 43, podemos observar que en la categoría Género en el grupo de La Paz se produce un incremento en segundo en la elección de la figura femenina, que disminuye en tercero. En cambio, en el grupo de la Fundación Jiménez Díaz, se produce un incremento desde primero hasta tercero.

Como podemos apreciar la representación de la figura masculina es baja y, esto se debe, como recordarán, al número de estudiantes masculinos por curso, que como explicamos en el Capítulo 4 de esta tesis, en el grupo de La Paz hay catorce estudiantes masculinos y, diez de ellos, dibujan a una enfermera y, cuatro a un enfermero. En el grupo de la Fundación Jiménez Díaz hay diecinueve estudiantes masculinos y todos dibujan a un enfermero.

CATEGORÍA EDAD

	LA PAZ			FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ		
CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Joven</i>	83,61%	91,23%	96%	82,54%	86,05%	95,65%
<i>Maduro</i>	16,39%	8,77%	4%	17,46%	13,95%	4,35%

Tabla 44. Evolución de la Edad a lo largo del curriculum en las dos escuelas.

Como podemos apreciar en la Tabla 44 se va produciendo un incremento en la frecuencia por curso al dibujar una enfermera o enfermero *joven*.

CATEGORÍA CABEZA

	LA PAZ			FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ		
CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Calvo</i>	3,28%	1,8%	8%	2,33%	2,3%	-
<i>Pelo largo</i>	85,25%	89,47%	82%	74,6%	62,8%	84,78%
<i>Pelo corto</i>	11,48%	8,77%	10%	23,81%	34,88%	15,22%
<i>Pelo recogido</i>	47,54%	45,6%	60%	25,4%	30,23%	26,09%
<i>Pelo rizado y alborotado</i>	6,56%	12,3%	12%	25,4%	9,30%	21,74%

Tabla 45. Evolución en la configuración de Cabeza a lo largo del curriculum en las dos escuelas.

La categoría Cabeza (ver Gráfico 45) la evolución que ha seguido en su representación *calvo* y en *pelo recogido* en el grupo de La Paz ha ido aumentando desde primero a tercero. En el grupo de la Fundación Jiménez Díaz *calvo* en primero y segundo tienen la misma representación y, en tercero no está representado y en *pelo recogido* la representación

aumenta en segundo y disminuye en tercero y, es menor que el grupo de La Paz. Luego, existen diferencias entre los dos grupos en el *pelo recogido* que lo representan con mayor porcentaje los estudiantes de La Paz.

En cambio, en *pelo rizado y alborotado* el grupo de La Paz ha aumentado el porcentaje en segundo y en tercero y, en el grupo de la Fundación Jiménez Díaz disminuye en segundo, y en tercero aumenta, con un porcentaje menor que en primero. Luego, existen diferencia entre los dos grupos *pelo rizado y alborotado*, donde el grupo de la Fundación Jiménez Díaz tiene mayor porcentaje que el grupo de La Paz.

En esta categoría, como ya comentamos en el Capítulo 4, otorgamos importancia, por una parte, por constituir un elemento ornamental de la figura de la enfermera (*pelo largo, pelo rizado y alborotado*) que en algunas representaciones estereotipadas de la figura de la enfermera aparece. Por otra, consideramos que el pelo debe estar recogido para impartir los cuidados técnicos de la profesión. Además, en nuestra opinión el *pelo recogido* otorga a la imagen de la enfermera una cierta identidad. En cambio, el código *pelo rizado y alborotado*, por un lado, lo percibimos como una influencia de la moda y, por otro, formando parte de un estereotipo de la enfermera. Por lo cual, en estos códigos esperábamos obtener altos porcentajes en *pelo recogido*, como ha ocurrido con el grupo de La Paz y menores en *pelo rizado y alborotado* como, también, ha ocurrido con este grupo. No ha sido así en el grupo de la Fundación Jiménez Díaz.

CATEGORÍA CARA

	LA PAZ			FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ		
CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Gafas</i>	8,20%	3,51%	4%	9,52%	6,98%	6,52%
<i>Labios pintados</i>	6,56%	5,26%	8%	46,03%	55,81%	36,96%
<i>Ojos pintados</i>	19,7%	28,07%	20%	63,49%	79,07%	65,22%
<i>Pendientes</i>	6,56%	8,77%	4%	30,16%	32,56%	36,96%
<i>Barba</i>	3,28%	-	-	-	--	

Tabla 46. Evolución en la configuración de Cara a lo largo del curriculum en las dos escuelas

La evolución que han seguido las representaciones de la enfermera en esta categoría, como se puede ver en la Tabla 46 han sido, por un lado, en el grupo de La Paz ha disminuido los porcentajes en *gafas, pendientes y labios pintados* y, ha aumentando en *ojos pintados* en

segundo y disminuye en tercero. En cambio, el grupo de la Fundación Jiménez Díaz tiene mayores porcentajes en *labios pintados* y *ojos pintados* en el grupo de primero, que en segundo aumenta y en tercero disminuye su representación y, en *pendientes* que aumenta de primero a tercero.

Las diferencias en esta categoría las vemos al representar el grupo de la Fundación Jiménez Díaz con mayor porcentaje los *labios pintados*, los *ojos pintados* y los *pendientes* que el grupo de La Paz. Como venimos anunciando, esta categoría, recoge aspectos relacionados con la feminidad y no hacen al caso como elementos para el cuidado. En cambio, cobran alguna importancia, cuando aparece acompañando a un determinado atuendo junto con algunos símbolos de la imagen de la enfermera que acentúan o disminuye su estereotipo.

CATEGORÍA EXPRESIÓN FACIAL

	LA PAZ			FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ		
CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Alegre</i>	57,38%	59,65%	56%	60,3%	60,47%	56,52%
<i>Cálida</i>	85,2%	82,46%	88%	92,1%	79,1%	89,13%
<i>Seria</i>	42,62%	40,35%	44%	39,68%	39,53%	43,48%

Tabla 47. Evolución en la Expresión facial a lo largo del curriculum en las dos escuelas.

En esta categoría (ver Tabla 47) los estudiantes de las dos escuelas en *alegre* y *cálida* presentan porcentajes altos que más o menos se mantienen a lo largo de los tres cursos. En cambio, en el código *seria* observamos, que en el grupo de La Paz disminuye en segundo, y en tercero aumenta y, en el grupo de la Fundación Jiménez Díaz, también, aumenta ligeramente en tercero. Luego, en los dos grupos hemos obtenido la tendencia de representar a la enfermera *seria* y, podemos decir, que se debe a las influencias de la organización y de la socialización en el aula, por tanto, hemos obtenido los resultados que esperábamos.

CATEGORÍA EXPRESIÓN CORPORAL

	LA PAZ			FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ		
CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>disponibilidad</i>	81,97%	66,67%	96%	82,5%	74,42%	73,91%
<i>distancia</i>	21,31%	28,07	16%	28,57%	39,53%	30,43%
<i>cercanía</i>	78,69%	71,23%	84%	71,4%	60,47%	69,57%
<i>receptividad</i>	82%	89,5%	92%	95,2%	86,05%	93,48%
<i>suficiencia</i>	4,92%	24,56%	16%	15,9%	23,26%	8,70%
<i>defensa</i>	14,8%	19,30%	16%	20,6%	32,56%	26,09%

Tabla 48. Evolución en la Expresión corporal a lo largo del curriculum en las dos escuelas

Como podemos ver en la Tabla 48 en Expresión corporal, en el grupo de La Paz la evolución que sigue *disponibilidad*, *receptividad* y *cercanía* más o menos ha ido aumentando su representación desde primero a tercero. En cambio, *defensa*, *distancia* y *suficiencia* aumentan en segundo y disminuyen en tercero. En el grupo de la Fundación Jiménez Díaz *disponibilidad* y *cercanía* se mantienen con porcentajes altos como esperábamos, y *receptividad* disminuye ligeramente en tercero y, *defensa*, *distancia* y *suficiencia*, también, aumentan en segundo y disminuyen en tercero y, en estas actitudes esperábamos obtener porcentajes más bajos, por no favorecer el cuidado. Luego, las diferencias las hemos encontrado en *distancia* y *defensa* donde el grupo de la Fundación Jiménez Díaz tiene mayor porcentaje que el grupo de La Paz.

Con estos resultados podemos decir que, por una parte, como esperábamos hemos encontrado porcentajes altos en *disponibilidad*, *receptividad* y *cercanía* en los dos grupos. Por otra, en *suficiencia*, *defensa* y *distancia*, también, han ido disminuyendo estas actitudes, aunque, no tanto como esperábamos.

CATEGORÍA ATUENDO

	LA PAZ			FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ		
CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>pijama</i>	95,08%	92,98%	84%	92,06%	93%	93,48%
<i>Bata</i>	4,92%	8,77%	4%	6,35%	2,33%	4,35
<i>Falda</i>	3,28%	3,51%	16%	3,17%	2,33%	4,35%
<i>Pantalón</i>	1,64%	3,51%	-	4,76%	4,65%	2,17%.
<i>Camisa</i>	-	-	4%	6,35%	6,98%	-
<i>Identificación</i>	52,5%	47,4%	32%	50,8%	41,9%	52,17%
<i>Zapatos</i>	-	7,02%	4%	3,17%	4,65%	100%
<i>Zuecos</i>	98,36%	89,47%	96%	96,83%	95,35%	-
<i>Zapatos de tacón</i>	1,64%	3,51%	-	-	--	-

Tabla 49. Evolución del Atuendo a lo largo del curriculum en las dos escuelas.

A la vista de la evolución que ha seguido cada uno de los grupos (ver Tabla 49), debemos señalar que en el grupo de La Paz la representación de la *falda* aumenta de primero a tercero y, los *zapatos de tacón* que, solamente, los dibuja este grupo ha aumentando de primero a segundo. En cambio, en el grupo de la Fundación Jiménez Díaz la *falda* está representada en primero, disminuye en segundo y en tercero aumenta.

Las diferencias entre los dos grupos en esta categoría las hemos obtenido en *falda* y *zapatos de tacón* que aparecen en el grupo de La Paz con mayor representación que en el grupo de la Fundación Jiménez Díaz.

CATEGORÍA SÍMBOLOS

	LA PAZ			FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ		
CÓDIGOS	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO	1ºCURSO	2º CURSO	3º CURSO
<i>Gorro</i>	3,28%	-	-	1,59%	-	-
<i>Cofia</i>	6,56%	1,75%	8%	11,1%	11,63%	10,87%
<i>Cruz</i>	6,56%	-	8%	22,2%	25,58%	36,96%
<i>Jeringa</i>	13,11%	22,8%	8%	38,1%	30,23%	52,17%
<i>Mascarilla</i>	-	-	-	3,17	-	4,35%
<i>Fonendo</i>	31,15%	5,26%	4%	27%	37,21%	30,43%
<i>Documento</i>	14,75%	10,5%	8%	3,17%	23,26%	13,04%

Tabla 50. Evolución de los Símbolos a lo largo del curriculum en las dos escuelas.

En la categoría Símbolos (ver Tabla 50) el código *gorro*, solamente, lo dibujan los estudiantes de primero de La Paz y los estudiantes de primero de la Fundación Jiménez Díaz. En cambio, la *cofia* y la *cruz* en el grupo de La Paz aumenta en tercero y, al contrario, en el grupo de la Fundación Jiménez Díaz disminuye ligeramente en tercero y la *cruz* aumenta considerablemente. Sin embargo, la *jeringa*, el *fonendo* y el *documento* en el grupo de La Paz disminuyen en tercero, y en el grupo de la Fundación Jiménez Díaz la *jeringa* en segundo disminuye y en tercero aumentan y el *fonendo* y el *documento* aumentan en segundo y en tercero disminuyen. La *mascarilla*, solamente, la dibuja el grupo de la Fundación Jiménez Díaz en primero y en tercero que aumenta la representación. Luego, las diferencias entre los dos grupos están en *cofia*, *cruz*, *fonendo* y *jeringa* que el grupo de la Fundación Jiménez Díaz los representa con mayor porcentaje que el grupo de La Paz.

Con los resultados obtenidos en cada una de las categorías asignadas a los dibujos, podemos decir que la evolución seguida por los estudiantes de las dos escuelas que participan en nuestro estudio ha sido que en los dos grupos ha aumentado su representación en tercero la figura femenina y joven. En la categoría cabeza el *pelo recogido* en el grupo de La Paz aumenta de primero a tercero y tiene mayor representación que el grupo de la Fundación Jiménez Díaz. En *pelo rizado* y *alborotado* el grupo de la Fundación Jiménez Díaz tiene mayor porcentaje que el grupo de La Paz.

Los dos grupos han representado con mayor frecuencia la figura *femenina* y joven. Las diferencias están en *pelo recogido*, *seria*, *disposición*, *cercanía*, *suficiencia*, *bata*, *falda*, *zapatos*, *zapatos de tacón* donde grupo de La Paz las representa con mayor porcentaje que el grupo de

la Fundación Jiménez Díaz. En cambio, los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz representan con mayor frecuencia *pelo corto, pelo rizado y alborotado, labios pintados, ojos pintados, pendientes, alegre, cálida, receptividad, defensa, distancia, pijama, pantalones, camisa, identificación, zuecos, cofia, cruz, jeringa, mascarilla, fonendo* y el *documento*. Como acabamos de ver las diferencias están en los códigos *cofia, cruz, jeringa* y *fonendo* al dibujarlos en mayor porcentaje el grupo de la Fundación Jiménez Díaz, cuando esperábamos, además, que no estuviesen representados.

A continuación vamos a mostrar los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los dibujos de la enfermera realizados por todos los estudiantes y por todas las enfermeras que participan en nuestro estudio.

5.1.2. Todos los estudiantes de enfermería con todas las enfermeras

Quisimos saber si en los dibujos representando a una enfermera realizados por todos los estudiantes de nuestro estudio (de La paz y de la Fundación Jiménez Díaz) y los realizados por todas las enfermeras (hospital y atención primaria) presentaban semejanzas o diferencias en las categorías asignadas al dibujo. Vamos a comenzar por la categoría Género.

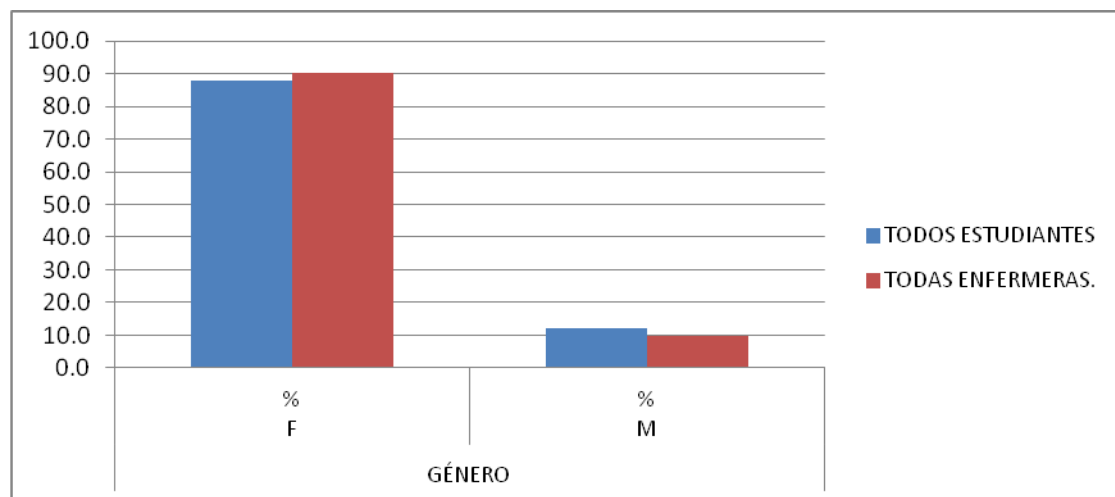


Gráfico 5. Distribución en porcentajes de la categoría Género de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras.

En esta categoría como podemos ver representada en el Gráfico 5 donde todos los estudiantes y todas las enfermeras de nuestro estudio representan a la enfermera *femenina* con porcentajes altos y con apenas diferencias.

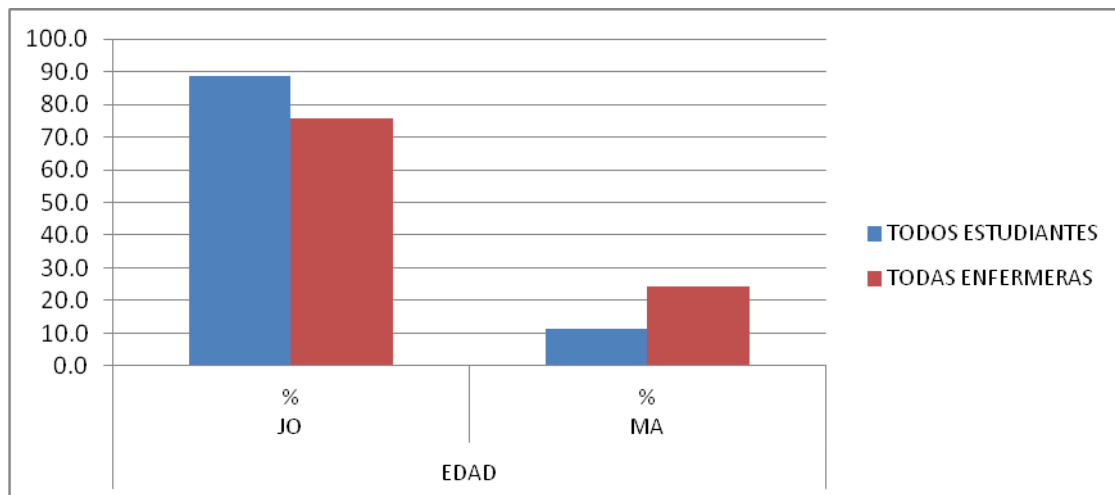


Gráfico 6. Distribución en porcentajes de la categoría Edad de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras.

En la categoría Edad como aparece en el Gráfico 6, hemos obtenido diferencias en estos grupos en el código joven donde, el grupo de estudiantes dibuja una figura joven y el grupo de las enfermeras la dibuja con porcentaje menor. Por el contrario, los estudiantes han dibujado una figura madura en un 11,3% y las enfermeras la han dibujado un 24,1%.

Estos resultados, los podemos relacionar, en cierta medida, con la edad de los participantes que a medida que van cumpliendo años en sus representaciones tienden a dibujar a la enfermera más madura.

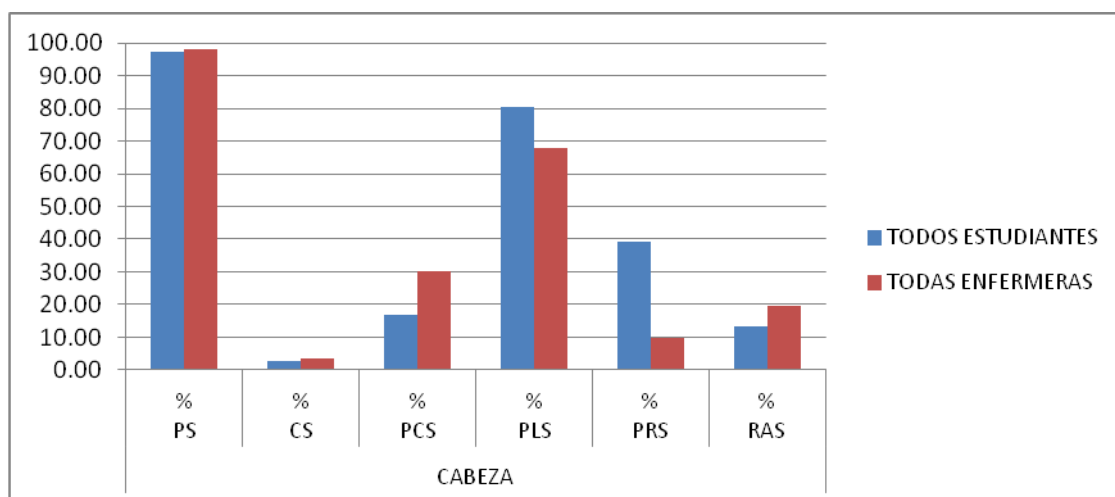


Gráfico 7. Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras

Las diferencias entre estos grupos en la categoría Cabeza (ver Gráfico 7) aparecen en *pelo recogido* donde los estudiantes tienen mayor representación que las enfermeras. En

cambio, las enfermeras tienen mayor representación en *pelo corto* que los estudiantes. También, las enfermeras tienen en *pelo rizado* y *alborotado* un mayor porcentaje que los estudiantes.

Luego, en esta categoría los estudiantes tienen mayores porcentajes en *pelo largo* y *pelo recogido* y las enfermeras lo tienen en *pelo corto* y *pelo rizado* y *alborotado*.

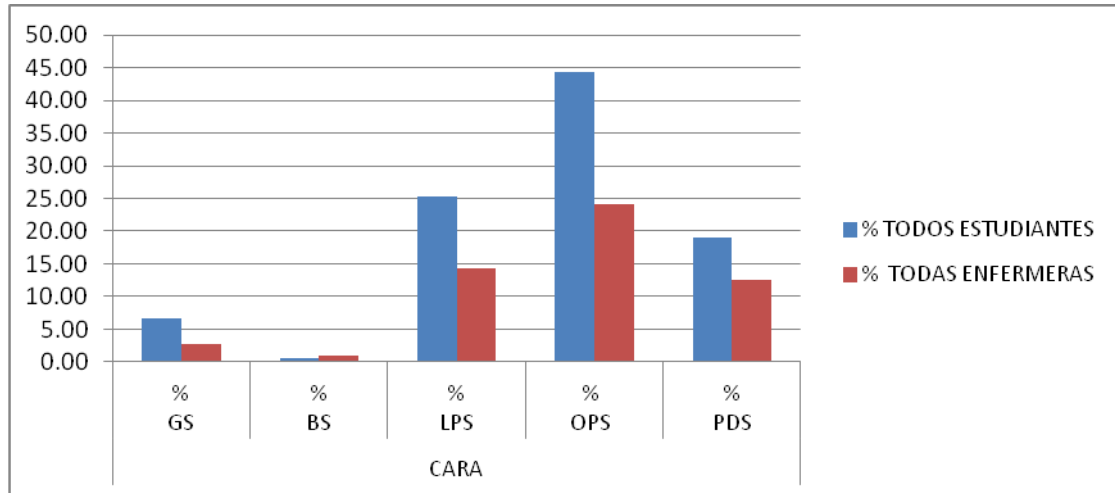


Gráfico 8. Distribución en porcentajes de la categoría Cara de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras.

En la categoría Cara como vemos en el Gráfico 8 el grupo de estudiantes tiene mayor representación en *gafas*, en *labios pintados*, en *ojos pintados* y en *pendientes* que las enfermeras.

Con estos resultados, podemos decir, que los estudiantes presentan porcentajes altos en *labios pintados*, *ojos pintados* y *pendientes* y, las enfermeras los presentan bajos, como esperábamos. Que, de alguna manera, lo podemos atribuir a la socialización profesional, ya que, una mayoría de las enfermeras, por una parte muestran, un cierto rechazo, hacia los labios y ojos pintados de manera exagerada para ejercer el cuidado y, por otra, rechazan al estereotipo que de la enfermera circula en la sociedad.

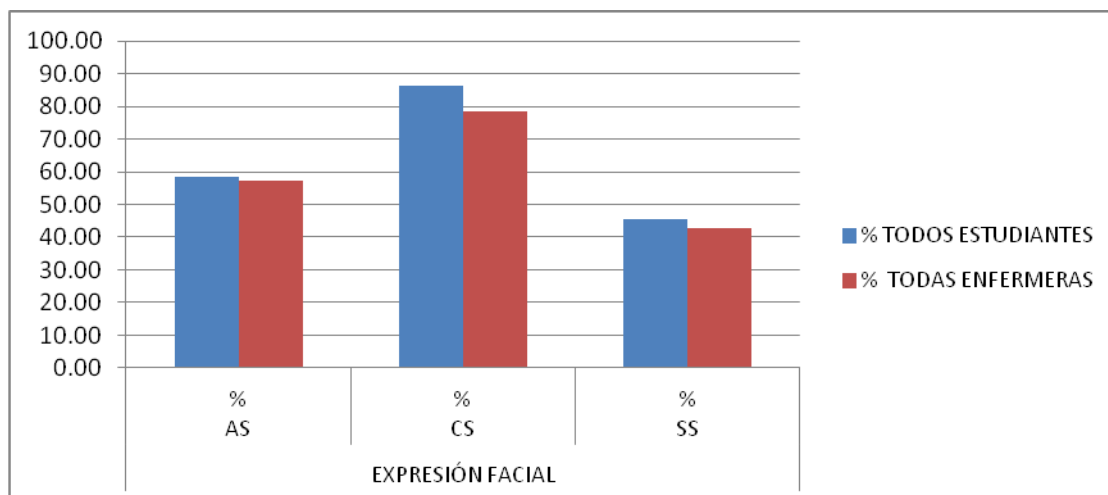


Gráfico 9. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras.

Como aparece en el Gráfico 9 en esta categoría hemos obtenido en el grupo de estudiantes y el grupo de enfermeras que presenta en *alegre, cálida y seria* porcentajes altos y las diferencias en esta categoría entre los dos grupos son muy bajas.

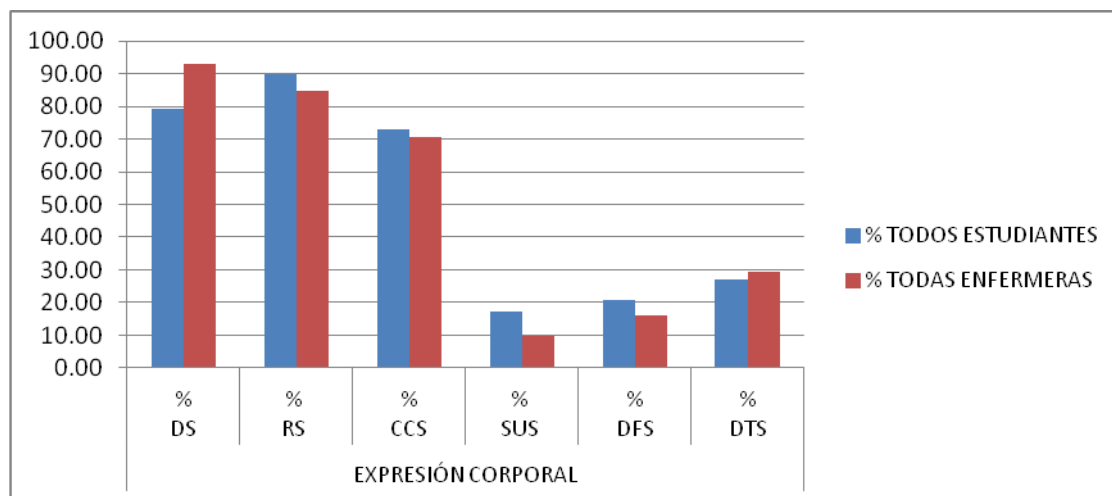


Gráfico 10. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras.

En Expresión corporal, como podemos ver el Gráfico 10 las diferencias entre los dos grupos aparecen en *receptividad*, en *cercanía*, en *suficiencia* y *defensa*, donde el grupo de estudiantes tiene mayor porcentaje que el grupo de enfermeras. En cambio, las enfermeras tienen mayor representación en *receptividad*, en *cercanía*, en *suficiencia* y en *defensa*. Por el contrario, el grupo de enfermeras tiene mayor representación en *disponibilidad* y en *distancia*, frente al grupo de estudiantes que presenta mayor porcentaje en *disponibilidad* y en *distancia*.

Como hemos visto, las diferencias entre los dos grupos no son muy marcadas, en *disponibilidad, receptividad y cercanía*, puesto que, los dos grupos tienen porcentajes altos y, que consideramos son favorables al cuidado. En cambio, en *suficiencia, defensa y distancia*, aunque las diferencias, tampoco son muy marcadas, tienen importancia por no favorecer la relación enfermera paciente. En relación con ellas los estudiantes tienen mayor representación en *suficiencia y defensa* que en las enfermeras y, estas lo tienen mayor en *distancia* que los estudiantes.

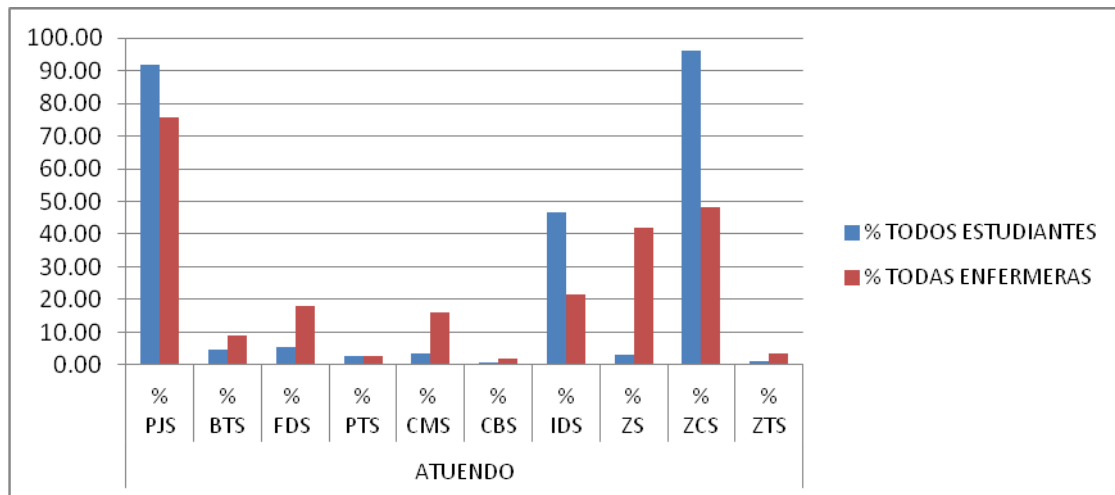


Gráfico 11. Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras.

En esta categoría (ver Gráfico 11), hemos encontrado diferencias entre los dos grupos, el grupo de enfermeras tiene un porcentaje mayor en *falda*, en *camisa*, en *zapatos* y *zapatos de tacón* que en el grupo de estudiantes. En cambio, los estudiantes representan en mayor porcentaje el *pijama*, la *identificación* y los *zuecos* que el grupo de enfermeras.

Por tanto, opinamos, que el *pijama* y los *zuecos* aportan comodidad en el ejercicio profesional y, por otra parte, es el uniforme que llevan la mayoría de las enfermeras en la actualidad. En relación con la *falda*, *camisa*, *zapatos* y *zapatos de tacón*, como ya hemos comentado forman parte del estereotipo de la enfermera.

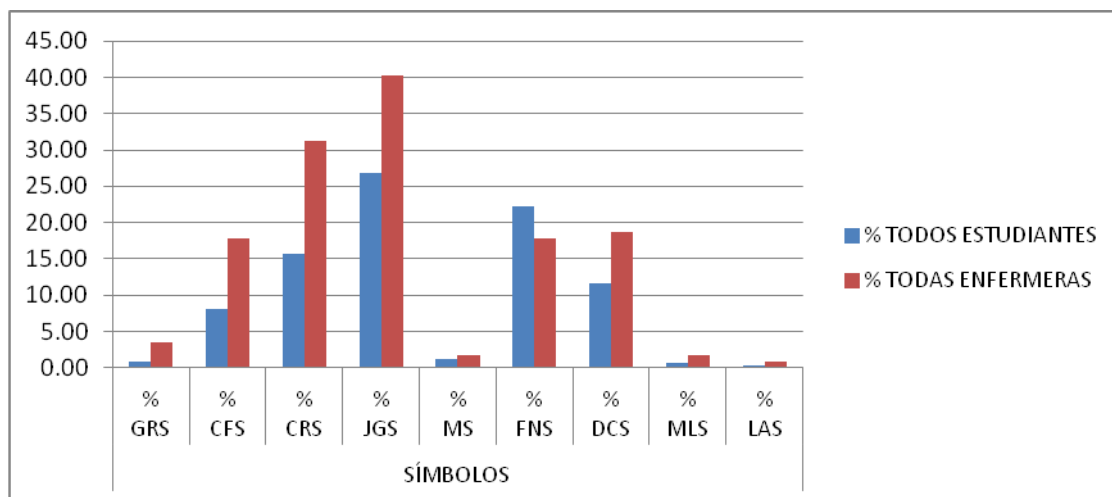


Gráfico 12. Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de todos los estudiantes de enfermería y todas las enfermeras.

Como acabamos de ver en el Gráfico 12 que representa la categoría Símbolos donde aparecen diferencias entre estos grupos. Así, las enfermeras han obtenido mayor porcentaje en *gorro*, en *cofia*, en *cruz*, en *jeringa*, en *maskarilla*, en *documento* en *maletín* y en *lámpara* que los estudiantes. Mientras que, los estudiantes tienen mayor porcentaje en *fonendo*. De todas formas, estos símbolos no esperábamos que estuviesen representados en estos grupos por configurar una parte del estereotipo de la enfermera.

Inmediatamente vamos a mostrar los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los dibujos de la enfermera realizados por todos los estudiantes y por todos los médicos que participan en nuestro estudio.

5.1.3. Todos los estudiantes de enfermería con los médicos

Para conocer si en los dibujos realizados por todos los estudiantes de enfermería y los realizados por los médicos, que participan de nuestro estudio, había semejanzas o diferencias en las categorías asignadas al dibujo, hemos realizado un estudio comparativo entre ellos.

Para el análisis vamos a seguir el mismo orden de presentación de las categorías que hemos seguido anteriormente. Por tanto, vamos a comenzar, en primer lugar, por la categoría Género que está representada en el Gráfico 13, y como pueden observar aparecen diferencias entre estos grupos en *femenino* que lo dibujan los estudiantes con mayor representación que los médicos. Por el contrario, los médicos dibujan la figura *masculina* con mayor representación que los estudiantes.

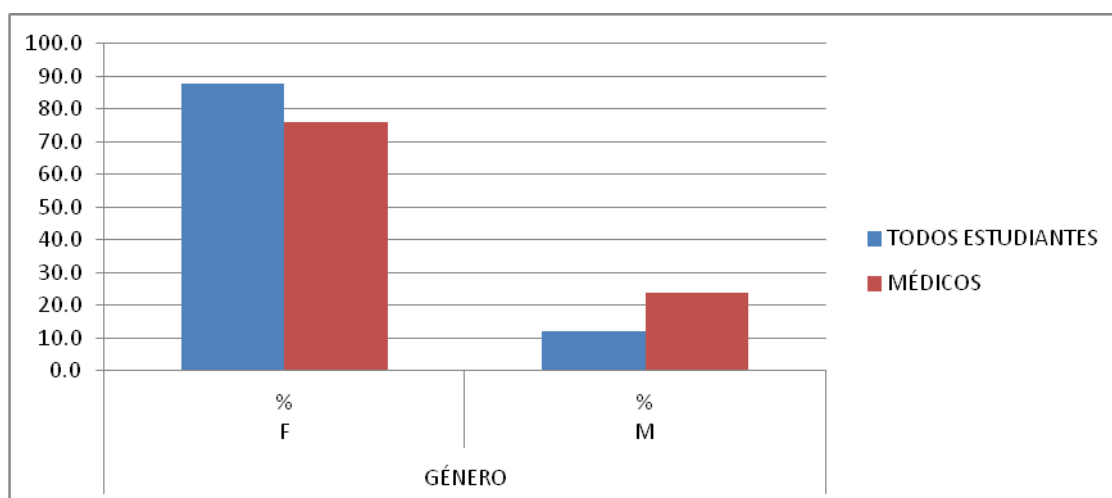


Gráfico 13. Distribución en porcentajes de la categoría Género de todos los estudiantes de enfermería y los médicos.

Luego en esta categoría podemos decir que los estudiantes tienen mayor porcentaje en el género que eligen para representar a la enfermera que ha sido el *femenino* y los médicos han elegido con un porcentaje ligeramente mayor el género *masculino*, aunque el género que mayoritariamente han representado ha sido el femenino.

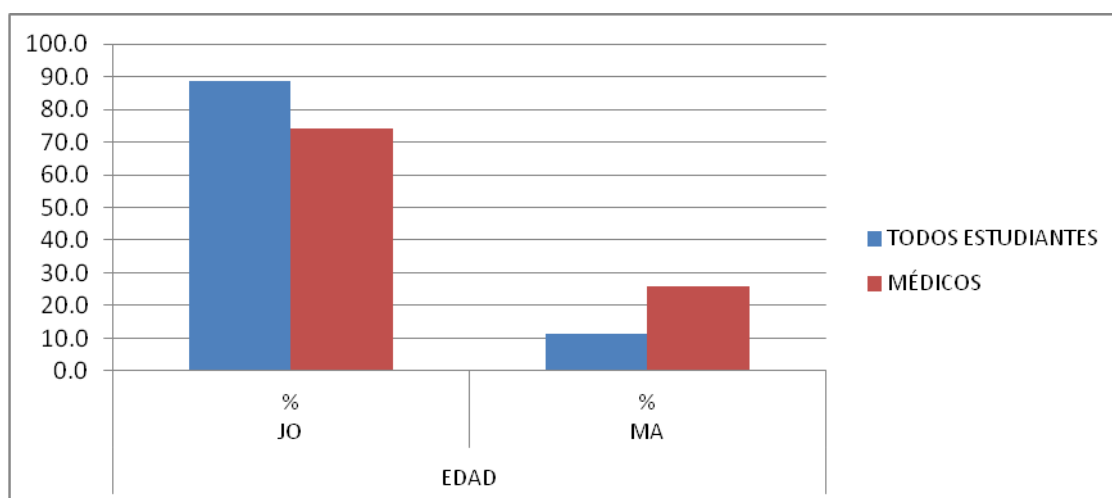


Gráfico 14. Distribución en porcentajes de la categoría Edad de todos los estudiantes de enfermería y los médicos.

En la categoría Edad (ver Gráfico 14) aparece diferencias al dibujar los médicos en mayor porcentaje una enfermera *madura* que los estudiantes. No obstante, tanto los estudiantes como los médicos representan en mayor porcentaje a la enfermera *joven*.

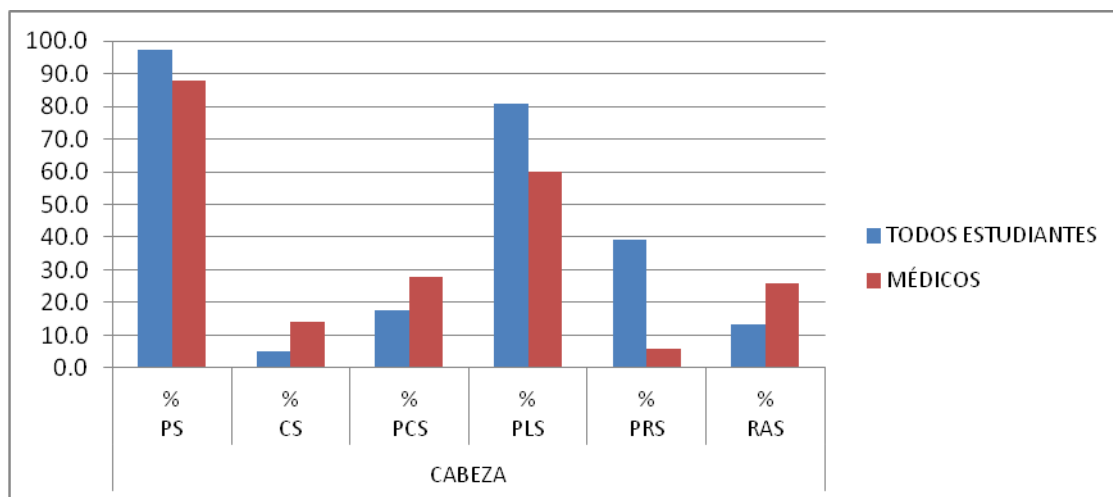


Gráfico 15. Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de todos los estudiantes de enfermería y los médicos

La diferencia en esta categoría, como vemos en el Gráfico 15, está en *pelo recogido* donde los estudiantes tienen mayor porcentaje que los médicos. Como venimos comentando al pelo recogido lo consideramos importante en la realización de técnicas y procedimientos y, por otorgar a la enfermera un rasgo de identidad. Por otra parte, los médicos tienen mayor porcentaje en *calvo*, *pelo corto* y en *pelo rizado y alborotado*, que los estudiantes. Debemos recordar que el *pelo rizado y alborotado*, suele acompañar, en algunas ocasiones, al estereotipo de la enfermera.

Luego, en esta categoría los estudiantes representan a la enfermera con el *pelo recogido*, con mayor frecuencia que los médicos y, los médicos la representan con mayor frecuencia en *pelo rizado y alborotado*.

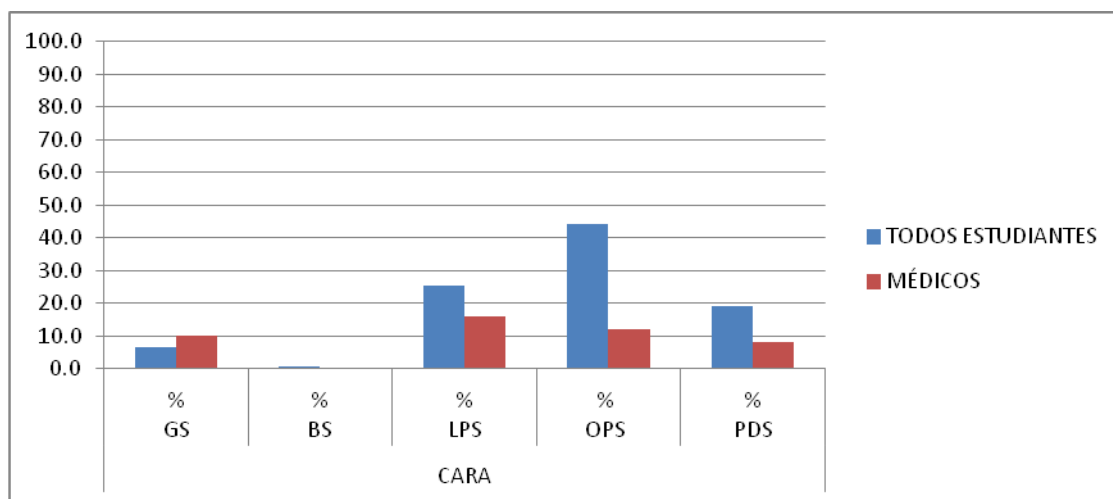


Gráfico 16. Distribución en porcentajes de la categoría Cara de todos los estudiantes de enfermería y los médicos

Las diferencias entre estos grupos en la categoría que representa el Gráfico 16, las vemos en *labios pintados*, en *ojos pintados* y en *pendientes* donde el grupo de estudiantes los representa en mayor porcentaje que el de médicos. Debemos recordar, que estos códigos no aportan nada al cuidado.

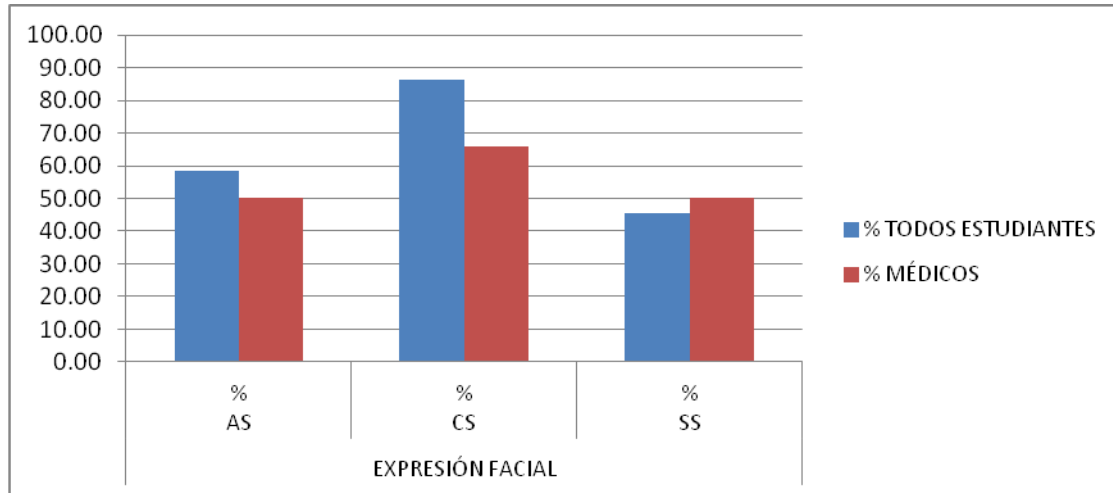


Gráfico 17. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de todos los estudiantes de enfermería y los médicos.

La categoría representada en el Gráfico 17 como podemos apreciar, los estudiantes tienen mayor porcentaje en *alegre y cálida* que el grupo de médicos. En cambio, el grupo de los médicos tiene mayor porcentaje en *seria*. Estos códigos, también, los consideramos importantes en el cuidado.

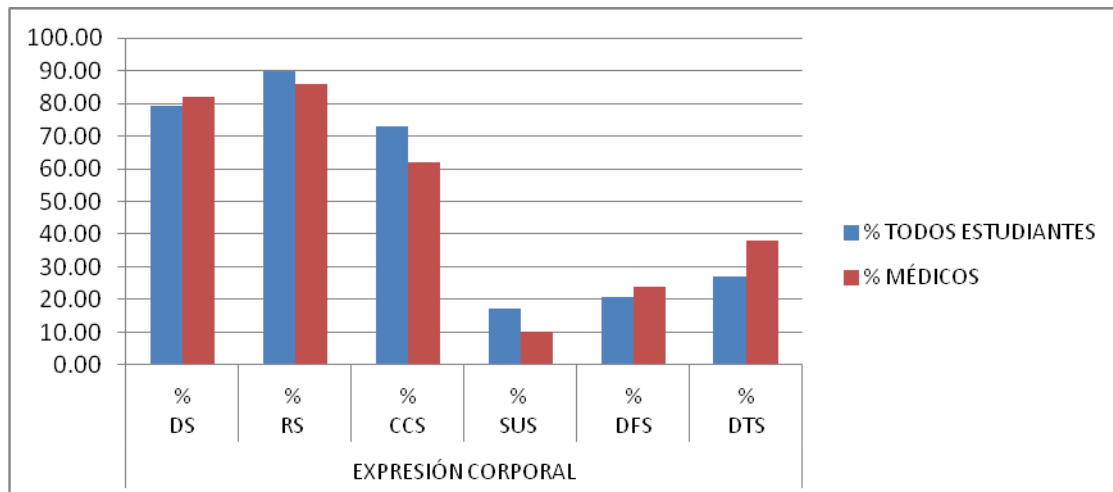


Gráfico 18. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de todos los estudiantes de enfermería y los médicos.

Como podemos observar en el Gráfico 18 las diferencias que existen entre estos grupos las podemos ver en todos los códigos. De manera, que en los que consideramos favorables al cuidado *receptividad* y *cercanía* los estudiantes tienen mayor representación. En cambio, los médicos lo tienen mayor en *disponibilidad* que, también, lo consideramos favorable al cuidado. Los estudiantes, además, tienen mayor representación en *suficiencia* y, los médicos lo tienen en *defensa* y *distancia*, a estas actitudes, como venimos comentando, no las consideramos favorables al cuidado y, por tanto, no esperábamos que estuviesen representadas. Luego, los estudiantes han representado con mayor porcentaje *receptividad*, *cercanía* y *suficiencia* y, los médicos lo han representado en *disponibilidad*, *suficiencia* y *defensa*.

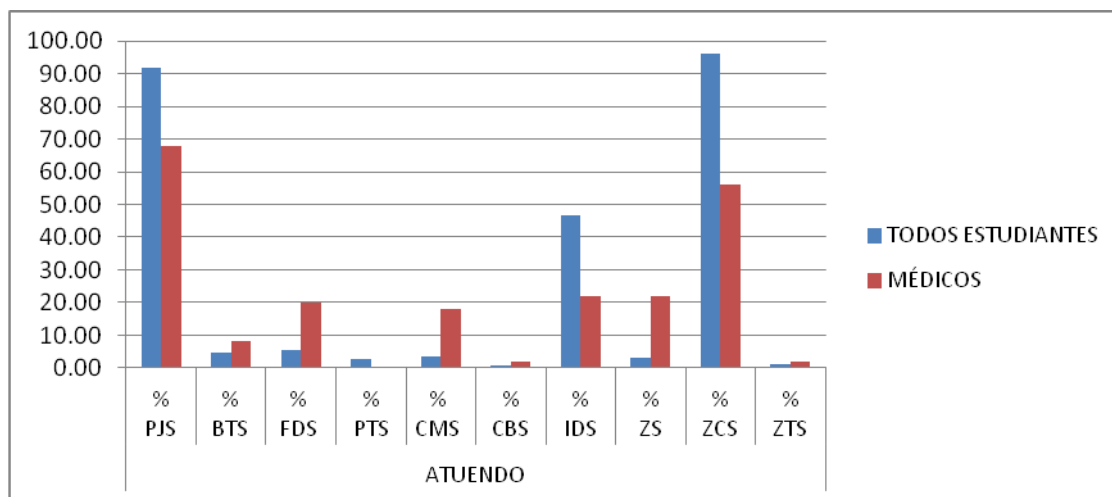


Gráfico 19. Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de todos los estudiantes de enfermería y los médicos

En esta categoría los dos grupos presentan diferencias en todos los códigos (ver Gráfico 19). Como podemos observar el grupo de estudiantes tiene mayor porcentaje en *pijama*, en *identificación* y en *zuecos*. Esto, también, como hemos visto ocurría con el grupo de enfermeras, que los estudiantes tenían mayor porcentaje. Por otra parte, el grupo de médicos tiene mayor representación en *bata*, en *falda*, en *camisa*, en *corbata*, en *zapatos* y en *zapatos de tacón* que los estudiantes.

Con estos resultados, podemos decir, que los estudiantes representan con mayor porcentaje el *pijama*, los *zuecos* y la *identificación*, en cambio, los médicos representan con porcentajes mayores los *zapatos*, la *camisa*, la *falda* y la *bata*.

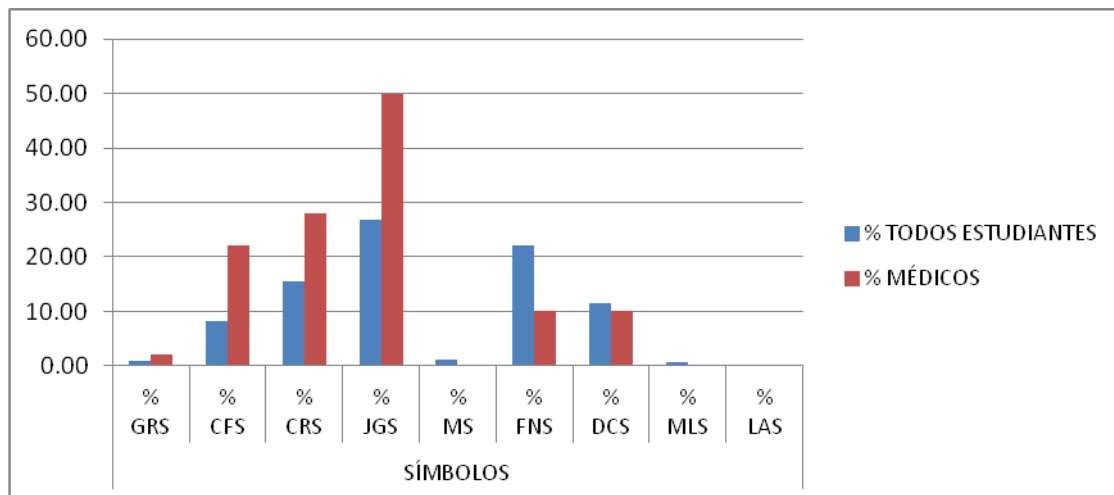


Gráfico 20. Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de todos los estudiantes de enfermería y los médicos

Las diferencias en esta categoría (ver Gráfico 20), aparecen en *cofia*, en *cruz* y en *jeringa* donde los médicos los han dibujado con mayor porcentaje que los estudiantes. En cambio, los estudiantes dibujan en mayor porcentaje el *fonendo* y el *documento*.

Con estos resultados, podemos decir, que los médicos representan con mayor porcentaje la *jeringa*, la *cofia* y la *cruz* y los estudiantes el *fonendo* y el *documento*.

A continuación, vamos a mostrar los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los dibujos de la enfermera realizados por todos los estudiantes y por todos los odontólogos que participan en nuestro estudio.

5.1.4. Todos los estudiantes de enfermería con los odontólogos

Con el fin de conocer si los dibujos realizados por todos los estudiantes de enfermería y los realizados por los odontólogos de nuestro estudio, presentaban semejanzas o diferencias en las categorías asignadas al dibujo, hemos comparado los resultados obtenidos en cada una de dichas categorías.

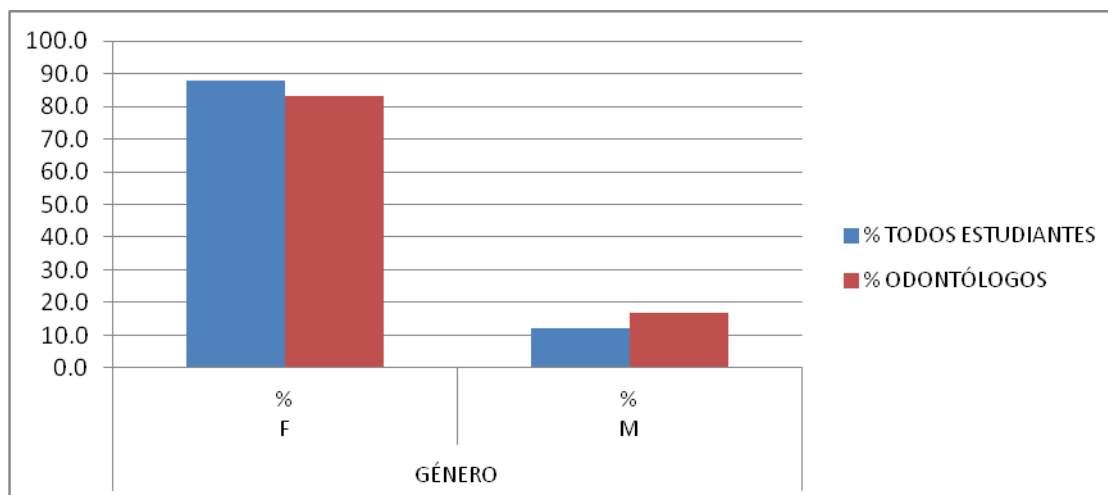


Gráfico 21. Distribución en porcentajes de la categoría Género de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos.

Vamos abordar, en primer lugar, la categoría Género continuando con el mismo orden que hasta el momento hemos seguido para el análisis. Como podemos ver en el Gráfico 21, los estudiantes han elegido para representar a la enfermera una figura *femenina* con mayor porcentaje que los odontólogos. En cambio, los odontólogos eligen con mayor frecuencia la figura *masculina* lo mismo ocurrió con el grupo de médicos que, también, representaron al enfermero en mayor porcentaje.

Por tanto, con estos resultados, podemos decir que tanto los estudiantes como los odontólogos eligen, mayormente, para representar a la enfermera el género femenino, aunque, como hemos visto los odontólogos, elijan la figura masculina en menor porcentaje que la femenina, pero mayor que los estudiantes.

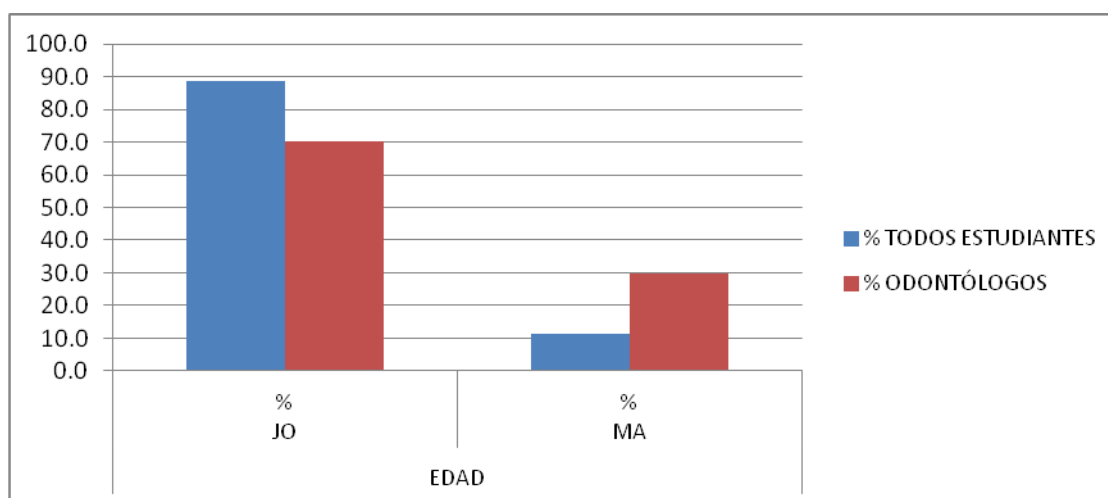


Gráfico 22. Distribución en porcentajes de la categoría Edad de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos.

En la categoría Edad los estudiantes han dibujado una enfermera *joven* y los odontólogos, también, la han dibujado *joven* (ver Gráfico 22). Aunque, son representaciones altas, las diferencias están en la representación de la enfermera *madura*, que los odontólogos (al igual que pasó, con el grupo de enfermeras y con los médicos) la dibujan con mayor porcentaje que los estudiantes.

Con estos resultados, opinamos que, tanto, estudiantes, como odontólogos coinciden en representar con mayor porcentaje a la enfermera joven, pero se diferencian en representar a la enfermera madura, donde los odontólogos tienen mayor representación de esta figura.

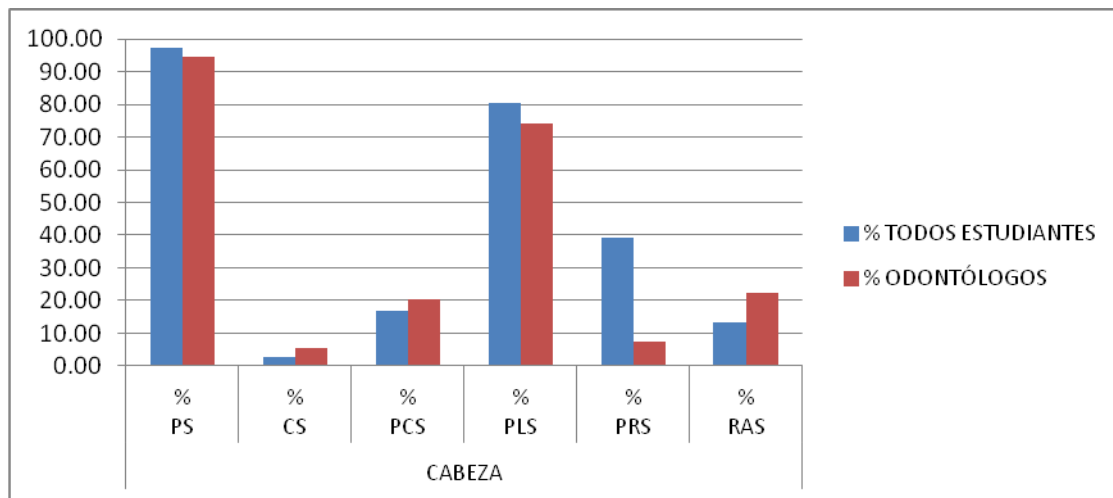


Gráfico 23. Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos.

En esta categoría las diferencias entre estos grupos (ver Gráfico 23) las vemos en *pelo recogido* donde los estudiantes lo han representado con mayor porcentaje que los odontólogos. Que como vimos anteriormente, en el grupo de estudiantes obtuvimos mayor representación de la enfermera con el *pelo recogido*, que las enfermeras y los médicos. Recordemos que al *pelo recogido* le atribuimos una importancia considerable en el cuidado. En cambio, los odontólogos presentan mayor porcentaje en *pelo corto*, *calvo* y *pelo rizado y alborotado* que el grupo de estudiantes. Debemos decir, que *pelo corto* y *calvo*, también son bien vistos para realizar los cuidados técnicos y, el *pelo rizado y alborotado* como venimos diciendo acompaña, frecuentemente, al estereotipo de la enfermera.

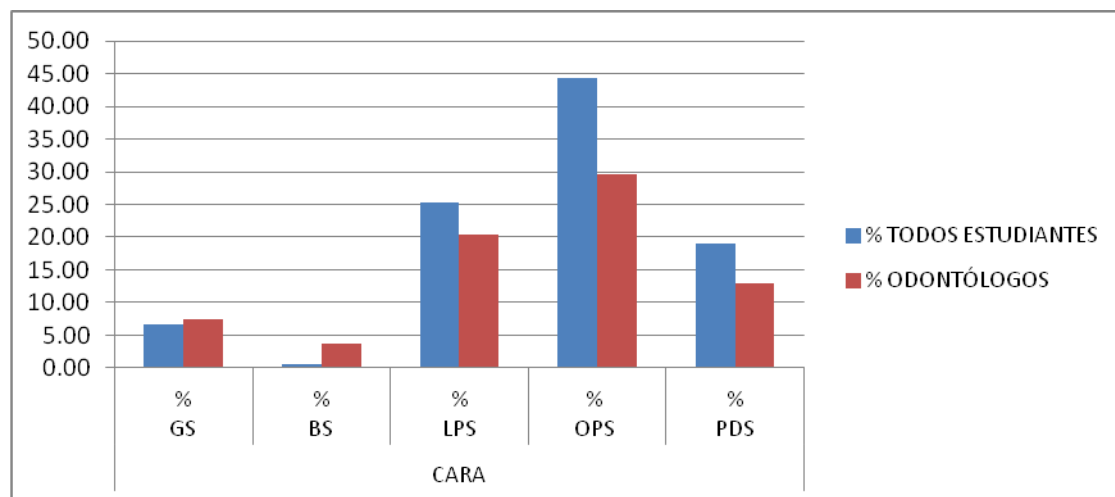


Gráfico 24. Distribución en porcentajes de la categoría Cara de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos.

Las diferencias en esta categoría (ver Gráfico 24) están en *labios pintados*, *ojos pintados* y *pendientes* que los estudiantes los representa con mayor porcentaje que el grupo de odontólogos. Luego, con estos resultados podemos decir que los estudiantes es el grupo que con mayor frecuencia ha representado a la enfermera con los *labios pintados*, *ojos pintados* y *pendientes*.

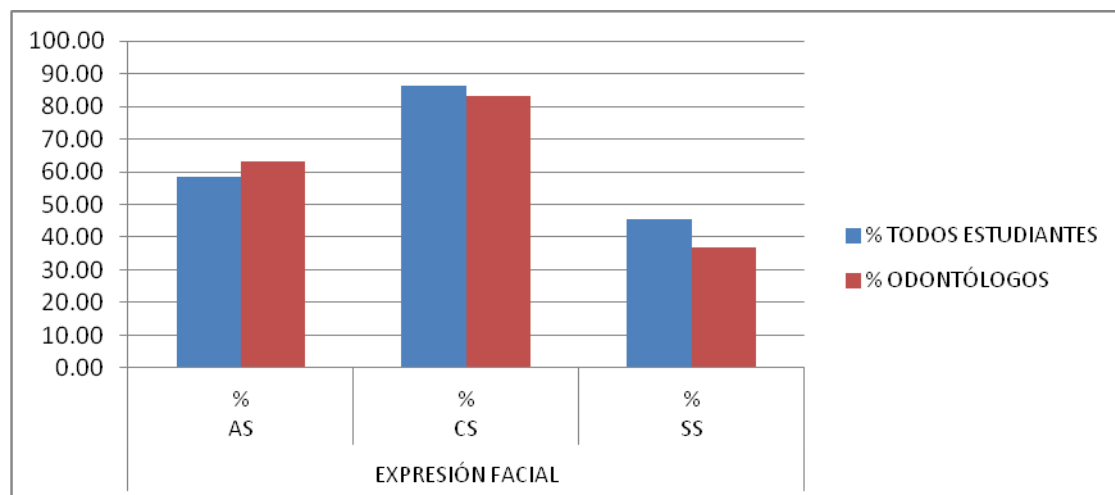


Gráfico 25. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos.

En esta categoría (ver el Gráfico 25) tanto los estudiantes como los odontólogos tiene una representación similar en estas expresiones de *alegre*, *cercanía* y *seria* que consideramos favorables en el ejercicio del cuidado.

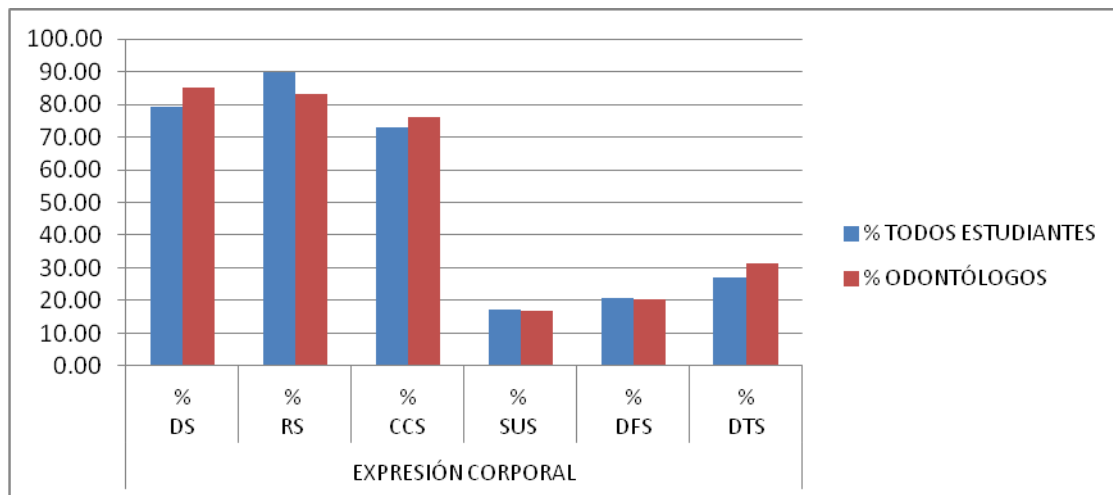


Gráfico 26. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos.

En esta categoría como podemos ver en el Gráfico 26, las diferencias están el código *receptividad* que los estudiantes lo representan con un porcentaje ligeramente mayor que los odontólogos. En cambio, los odontólogos han dibujado con mayor porcentaje *disponibilidad*, *cercanía* y *distancia* que el grupo de estudiantes. Debemos recordar que *disponibilidad*, *cercanía* y *receptividad* son actitudes que en esta tesis las consideramos favorables al cuidado y, en cambio, consideramos desfavorables a las actitudes de *suficiencia*, *distancia* y *defensa* donde los dos grupos han tenido representaciones similares.

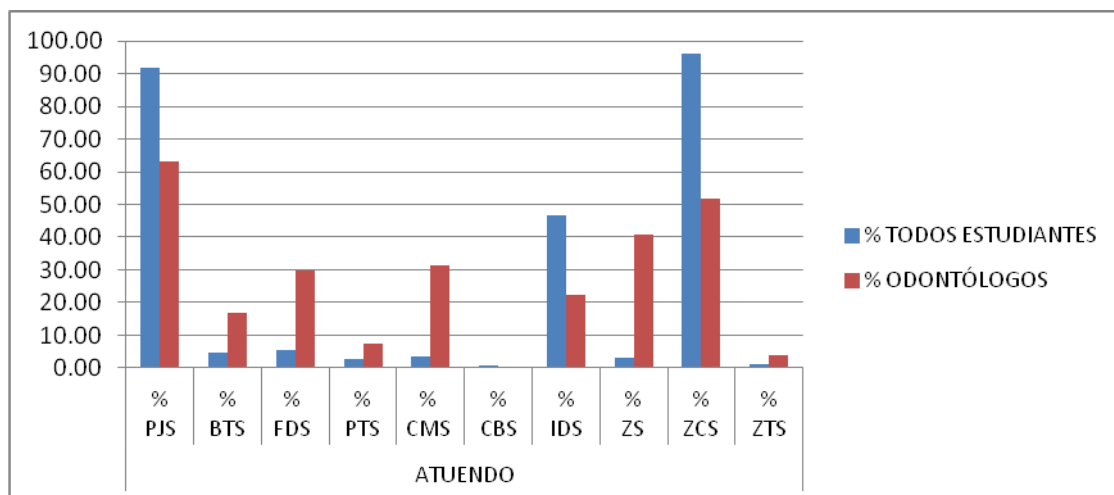


Gráfico 27. Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos.

Las diferencias entre los dos grupos (ver Gráfico 27) las vemos en *pijama*, en *identificación* y en *zuecos* que los estudiantes los han representado con mayor porcentaje que

los odontólogos. Como venimos diciendo, a estos códigos les damos importancia por aportar comodidad a la hora de ejercer el cuidado. Por otra parte, los odontólogos han dibujado la *bata*, la *falda*, la *camisa* y los *zapatos de tacón* con mayor porcentaje que los estudiantes.

Luego, las diferencias entre los estudiantes de enfermería y los odontólogos en esta categoría están en *identificación* y en *zuecos* que los representa con mayor porcentaje los estudiantes y, en la *bata*, la *falda*, la *camisa* y los *zapatos de tacón* que los odontólogos los representan con mayor porcentaje.

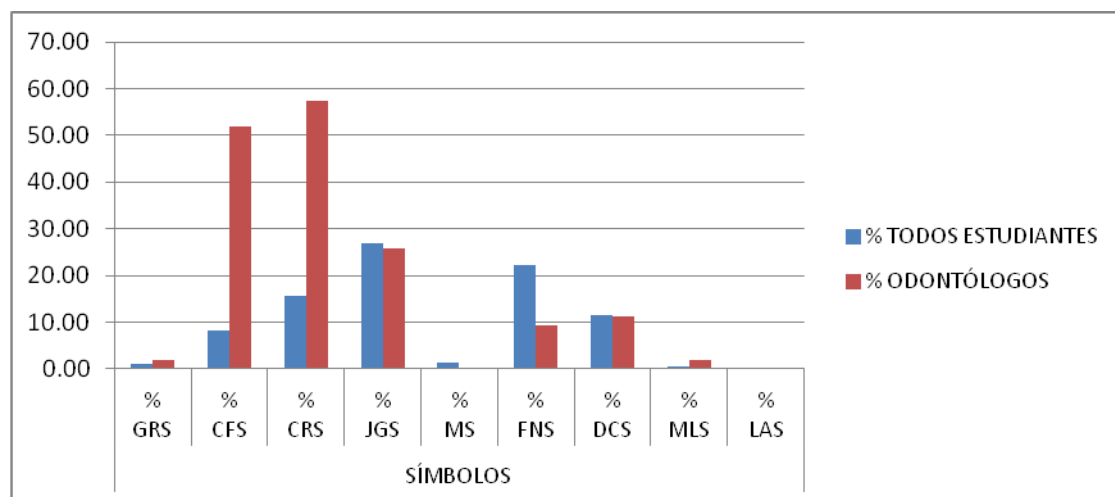


Gráfico 28. Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de todos los estudiantes de enfermería y los odontólogos.

En esta categoría, las diferencias (ver Gráfico 28) entre estos grupos están en *jeringa* y en *fonendo* que los estudiantes los han dibujado con mayor porcentaje que los odontólogos. Sin embargo, los odontólogos dibujan con mayor porcentaje la *cofia* y la *cruz*, que ayudan a configurar el estereotipo de la enfermera, aunque, la *jeringa* y el *fonendo* formen parte de los utensilios que la enfermera utiliza en el cuidado, también, contribuyen, en ocasiones, a configurar el estereotipo de la enfermera.

A continuación, vamos a mostrar los resultados obtenidos, en el análisis comparativo de los dibujos de la enfermera, realizados por todas las enfermeras de hospitalización, y por todas las enfermeras de atención primaria, que participan en nuestro estudio.

5.1.5. Enfermeras de atención primaria y enfermeras de hospitalización

Para conocer, si los dibujos representando a una enfermera, realizados por enfermeras de hospitalización y por enfermeras de atención primaria, existían diferencias relacionadas con

cada una de las categorías asignadas al dibujo (Género, Edad, Cabeza, Cara, Expresión facial, Expresión corporal, Atuendo y Símbolos), vamos a realizar un análisis comparativo entre los resultados obtenidos con estos grupos.

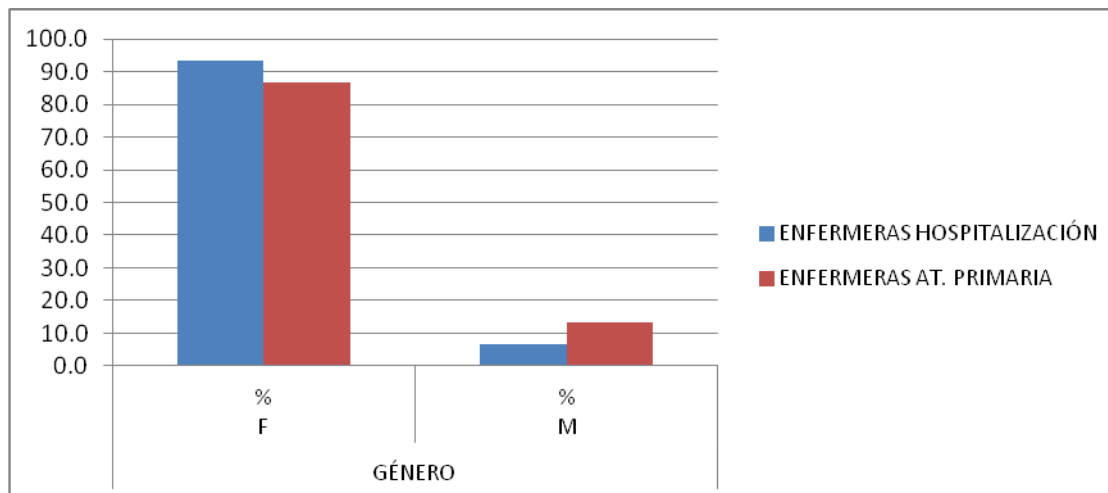


Gráfico 29. Distribución en porcentajes de la categoría Género de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria.

Las diferencias que aparecen en esta categoría (ver Gráfico 29) son ligeramente significativas, al dibujar las enfermeras de hospitalización una figura *femenina* y, las enfermeras de atención primaria, también, la dibujan *femenina*.

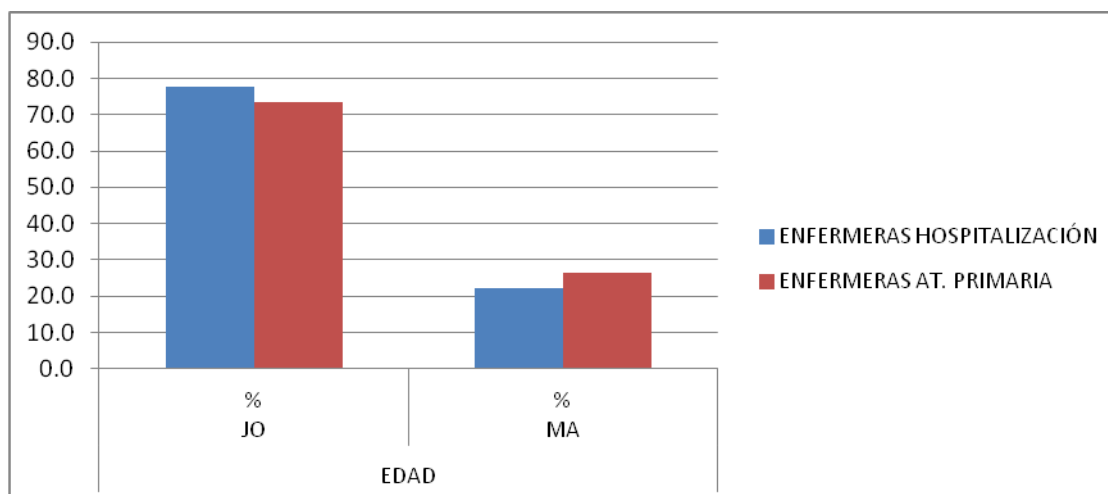


Gráfico 30. Distribución en porcentajes de la categoría Edad de enfermeras de hospital y de enfermeras de atención primaria.

En la categoría Edad (ver Gráfico 30) las diferencias están en una enfermera *joven* que las enfermeras de hospitalización la representan con mayor porcentaje que las enfermeras de

atención primaria. Por el contrario, de las enfermeras de atención primaria la dibujan a la enfermera *madura* en mayor porcentaje que las enfermeras del hospital.

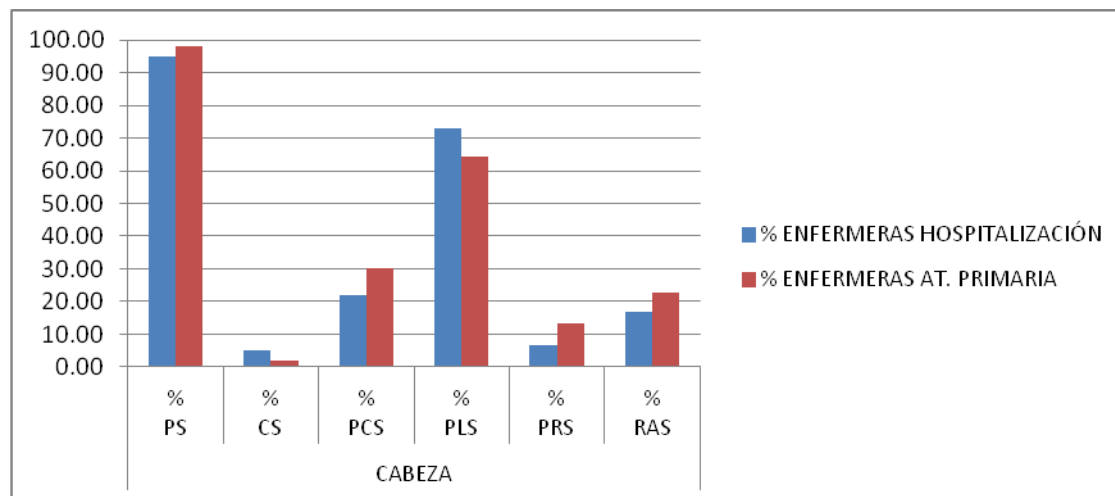


Gráfico 31. Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria.

Las diferencias entre estos grupos (ver Gráfico 31) están en *pelo corto, pelo recogido y pelo rizado y alborotado* donde las enfermeras de atención primaria, tienen mayor porcentaje que las de hospitalización. Luego, podemos decir, que las enfermeras de atención primaria representa a la enfermera en sus dibujos con mayor frecuencia en en *pelo corto, pelo recogido y pelo rizado y alborotado* que las enfermeras del hospital.

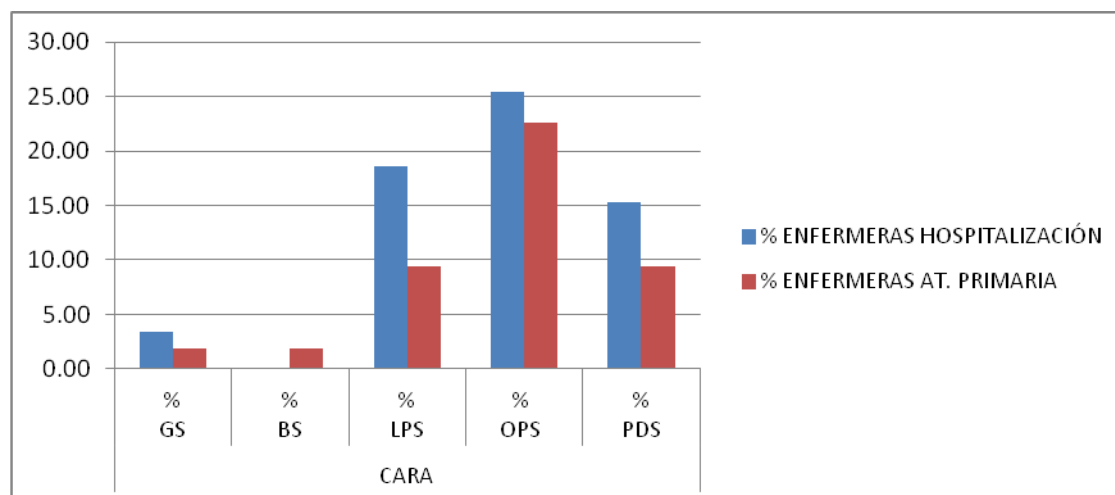


Gráfico 32. Distribución en porcentajes de la categoría Cara de enfermeras de hospital y de enfermeras de atención primaria.

Las diferencias entre estos dos grupos (ver Gráfico 32) están en *labios pintados, ojos pintados y pendientes* que las enfermeras de hospital los han representado con mayor

porcentaje que las de atención primaria. A su vez, las enfermeras de atención primaria han representado a un enfermero con *barba*.

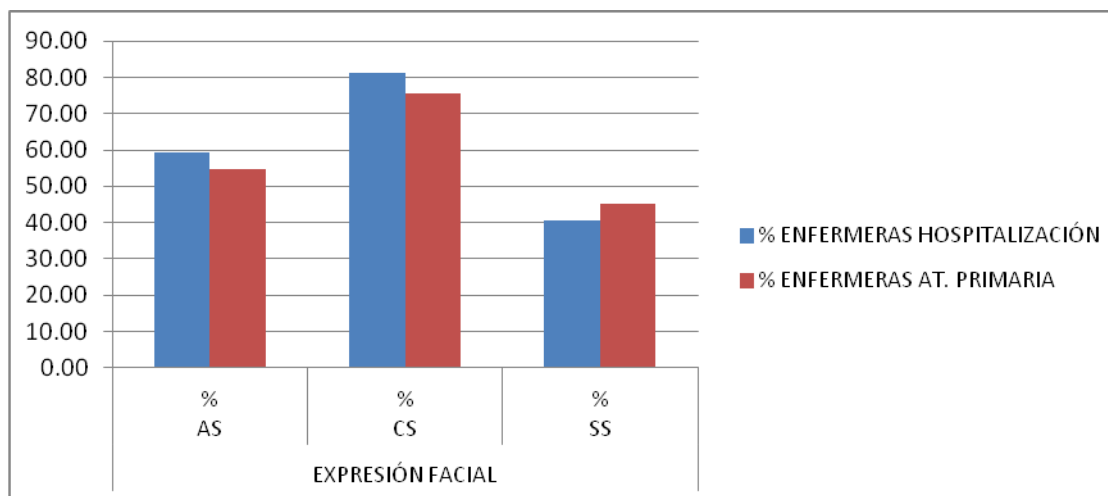


Gráfico 33. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de enfermeras de hospital y de enfermeras de atención primaria.

En esta categoría (ver Gráfico 33) las enfermeras de hospital representan con mayor porcentaje las expresiones *alegre* y *cercanía* que las de atención primaria. En cambio, las enfermeras de atención primaria representan con mayor porcentaje *seria*.

Luego, tanto las enfermeras de hospital como las de atención primaria, representan a una enfermera alegre, cercana y seria con pequeñas diferencias.

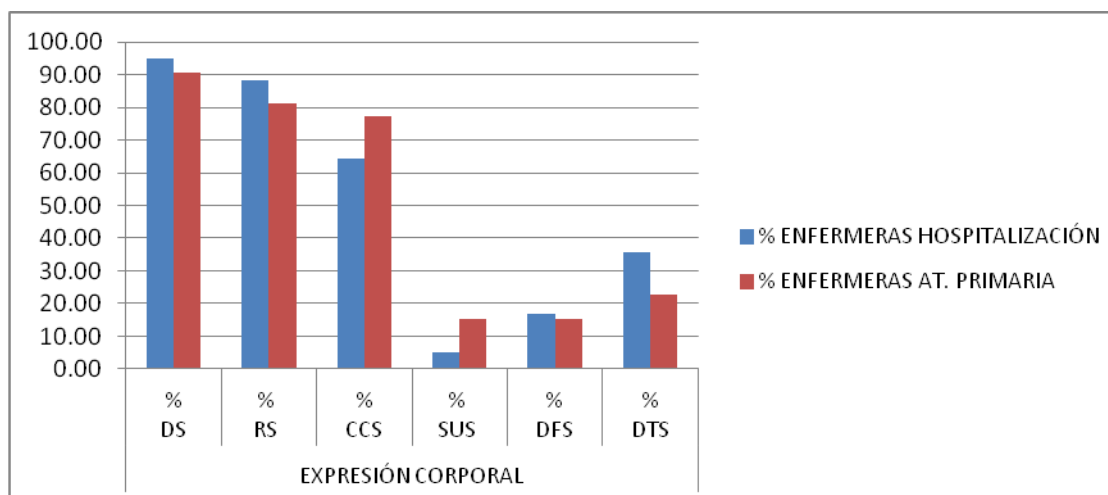


Gráfico 34. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria.

En la categoría (ver Gráfico 34) las diferencias están en *disponibilidad* y *receptividad* que las enfermeras de hospitalización las representan en mayor porcentaje que las de

atención primaria, actitudes que consideramos favorables al cuidado. También, este grupo representa con mayor porcentaje los códigos *defensa* y *distancia*, que el grupo de atención primaria, que los representa en menor porcentaje. Por otra parte, las enfermeras de atención primaria representan con mayor porcentaje, que las de hospitalización, los códigos *cercanía*, actitud favorable al cuidado y, *suficiencia*, actitud que consideramos no favorece la relación enfermera paciente

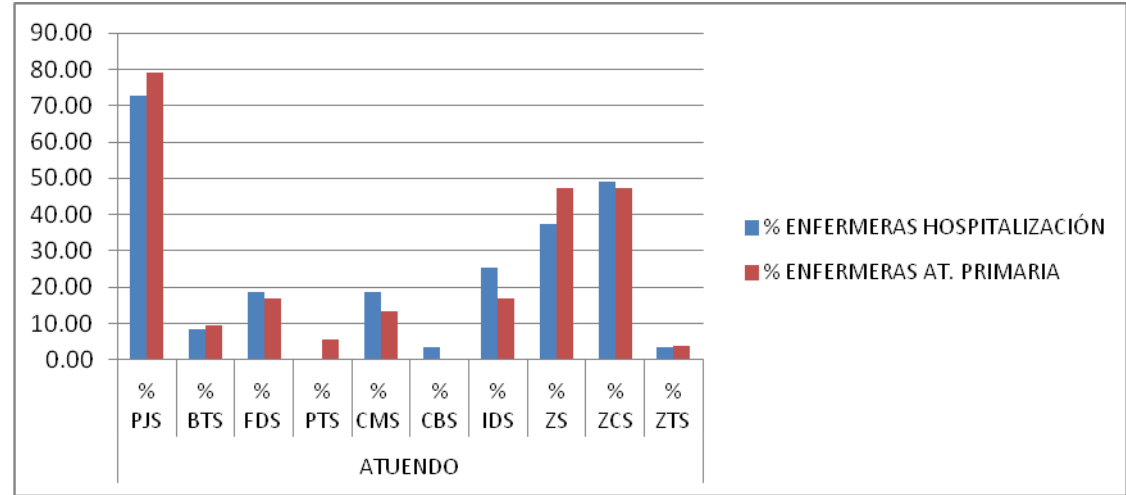


Gráfico 35. Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria.

En esta categoría las diferencias son ligeramente significativas como podemos ver en el Gráfico 35. Las enfermeras de hospitalización tienen un porcentaje mayor en *falda*, *camisa*, *identificación* y *zuecos*. En cambio, las de atención primaria tiene mayor porcentaje en *pijama*, *bata*, *falda*, *pantalones* y *zapatos*.

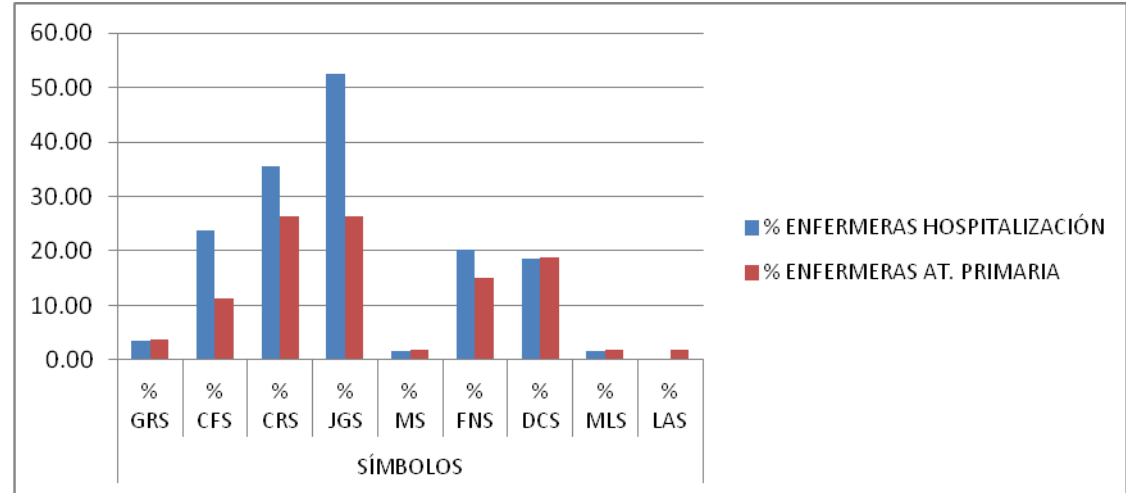


Gráfico 36. Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de enfermeras de hospitalización y de enfermeras de atención primaria.

En la categoría (ver Gráfico 36) las enfermeras de hospitalización representan con mayor porcentaje la *cofia*, *cruz*, *jeringa* y *fonendo* que las enfermeras de atención primaria. Como ya hemos comentado, alguno de estos símbolos no esperábamos que estuviesen representados por las enfermeras.

Con estos resultados, podemos decir, que tanto las enfermeras de hospitalización, como las de atención primaria, han representado en sus dibujos a una enfermera *cofia*, *cruz*, *jeringa* y *fonendo*, aunque, con mayor porcentaje la han representado las de hospitalización.

Seguidamente, vamos a mostrar los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los dibujos de la enfermera realizados por los médicos y por todas las enfermeras (de hospitalización y de atención primaria).

5.1.6. Los médicos con todas las enfermeras

Con el objetivo de conocer, si había diferencias entre los dibujos representando a una enfermera, realizados por los médicos y los realizados por las enfermeras, que participan en nuestro estudio, hemos llevado a cabo un análisis comparativo de los resultados obtenidos con cada uno de estos grupos.

Al igual que hemos hecho con los grupos anteriores, también, en este caso, vamos a seguir el mismo orden de análisis de los dibujos, y comenzaremos por la categoría Género, continuando con Edad, Cara, Expresión facial, Expresión corporal, Atuendo y, por último Símbolos.

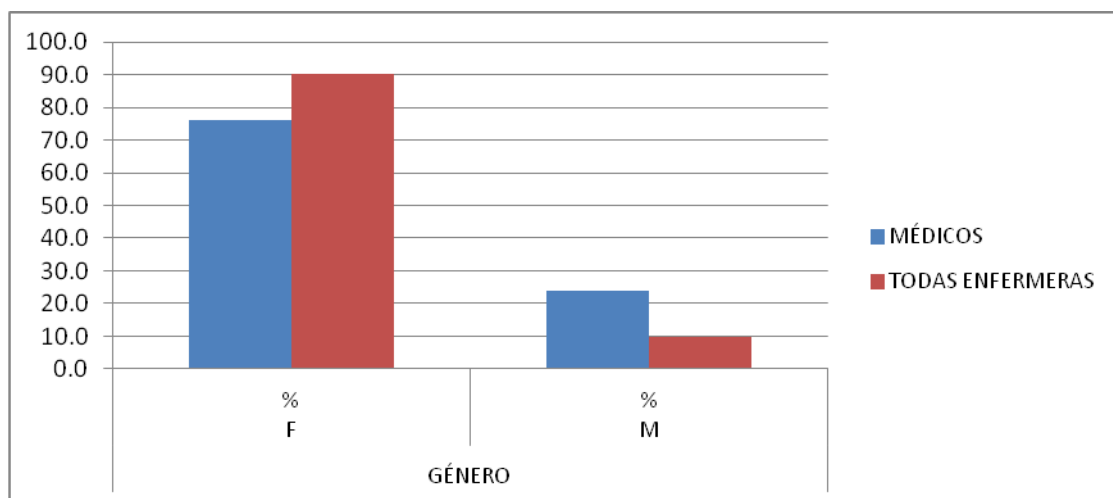


Gráfico 37. Distribución en porcentajes de la categoría Género de médicos y de todas las enfermeras.

En la categoría Género (ver Gráfico 37), los médicos han representado a la enfermera femenina en menor porcentaje que las enfermeras. Por el contrario, los médicos representan con mayor porcentaje el género *masculino* que las enfermeras.

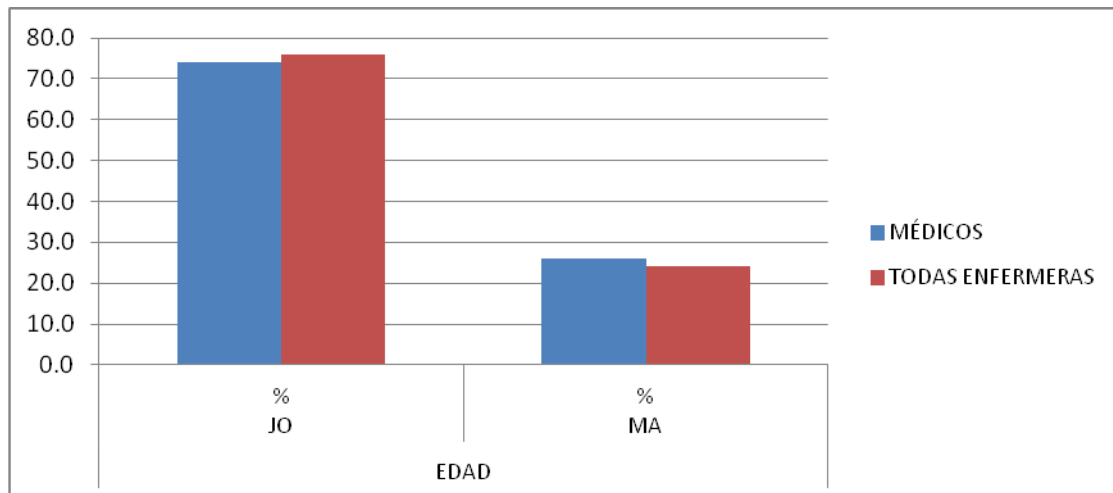


Gráfico 38. Distribución en porcentajes de la categoría Edad de médicos y de todas las enfermeras.

Como podemos ver en el Gráfico 38 tanto, los médicos, como las enfermeras han elegido para representar a la enfermera una figura *joven* con porcentajes altos.

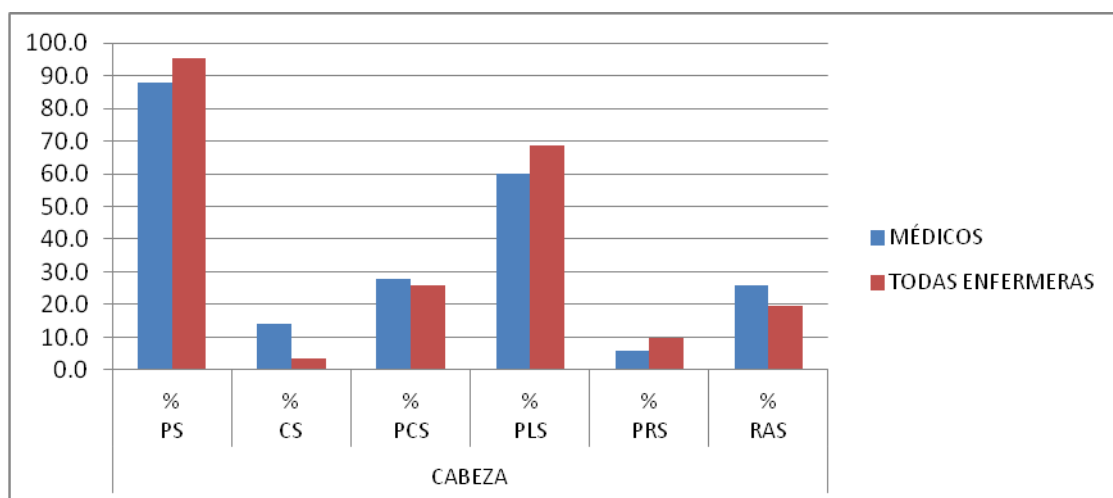


Gráfico 39. Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de médicos y de todas las enfermeras.

En la categoría Cabeza (ver Gráfico 39) las diferencias entre estos grupos las encontramos en *pelo recogido* donde las enfermeras lo representan con mayor porcentaje que los médicos. En cambio, en *pelo corto* los médicos lo representan con un porcentaje, ligeramente, mayor que las enfermeras. Además, los médicos representan el *pelo rizado* y *alborotado* con mayor porcentaje que las enfermeras.

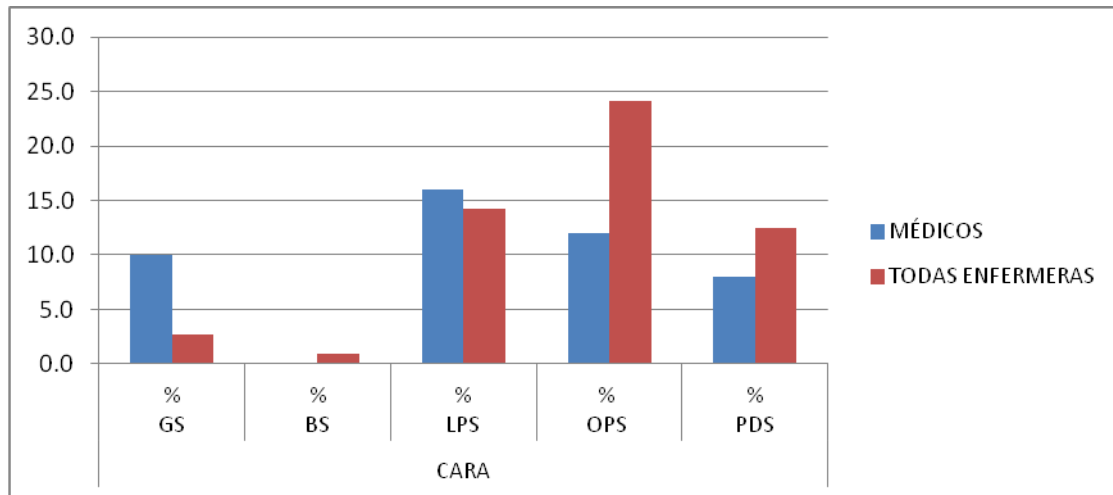


Gráfico 40. Distribución en porcentajes de la categoría Cara de médicos y de todas las enfermeras.

Las diferencias en la categoría Cara (ver Gráfico 40) entre estos dos grupos están en *labios pintados* donde los médicos lo representa con mayor porcentaje, que las enfermeras. En cambio, las enfermeras dibujan con mayor porcentaje los *ojos pintados* y *pendientes* que los médicos.

Luego, en esta categoría podemos decir, que los médicos representan con mayor porcentaje los *labios pintados* y las enfermeras representan con mayor porcentaje los *ojos pintados* y *pendientes*.

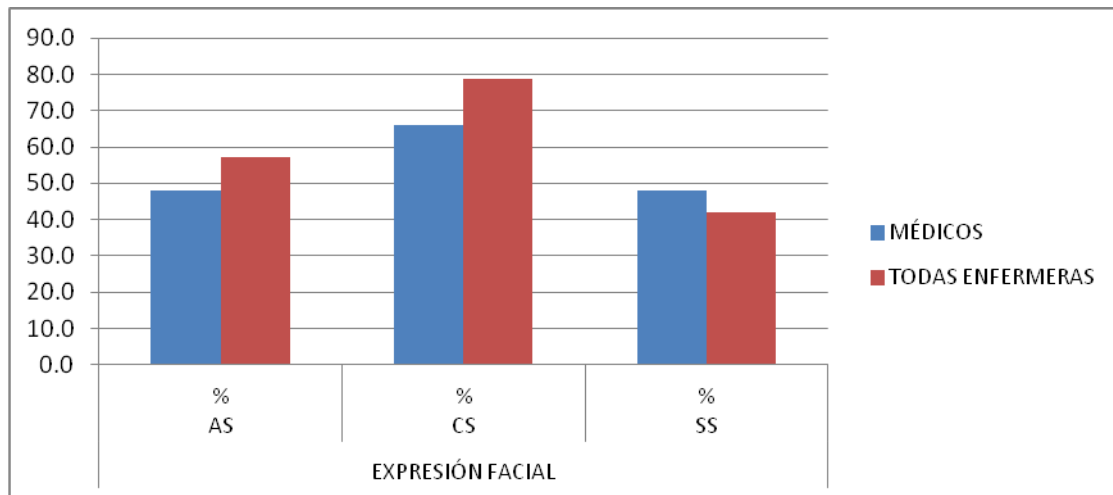


Gráfico 41. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de médicos y de todas las enfermeras.

En la categoría Expresión corporal (ver Gráfico 41) las diferencias están en *seria* que los médicos lo dibujan con mayor porcentaje que las enfermeras. En cambio, las enfermeras dibujan con mayor porcentaje las expresiones *alegre* y *cálida* que los médicos.

Luego, los médicos la enfermera que representan es seria y la enfermera que representan las enfermeras es alegre y cálida.

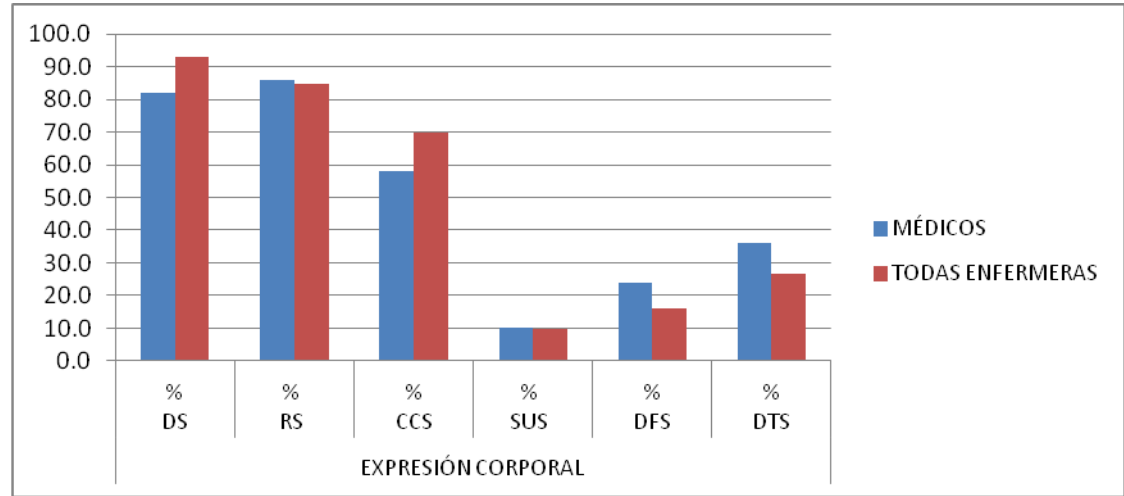


Gráfico 42. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de médicos y de todas las enfermeras.

En esta categoría (ver Gráfico 42), las diferencias son ligeramente significativas, entre el grupo de enfermeras y el grupo de médicos. De manera que los médicos tienen mayores porcentajes que las enfermeras en *receptividad, defensa y distancia*. Por el contrario, las enfermeras tienen mayor porcentaje que los médicos en *disponibilidad y cercanía*.

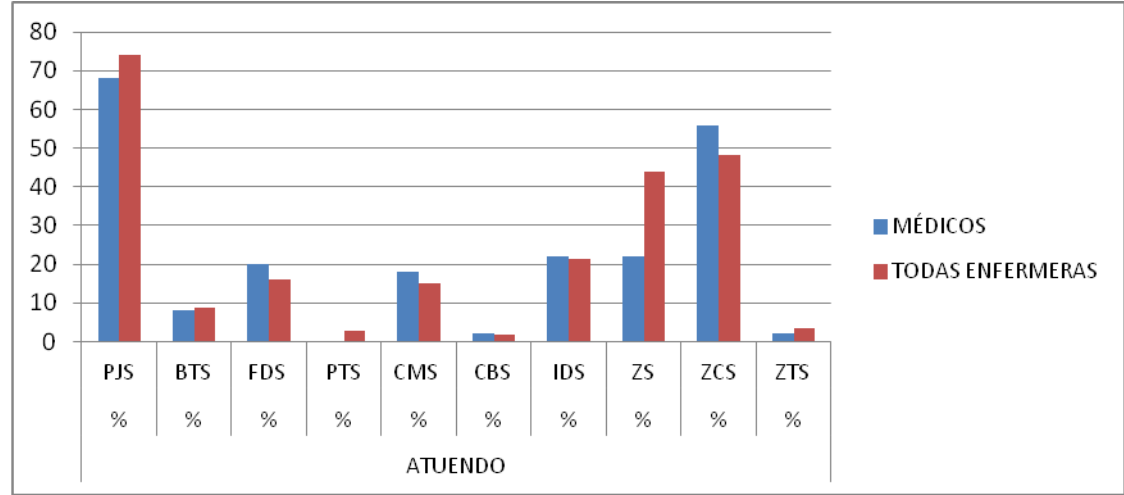


Gráfico 43. Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de médicos y de todas las enfermeras.

Como podemos ver en el Gráfico 43, las diferencias entre estos grupos están en *falda, camisa, identificación, corbata y zuecos*. En cambio, el grupo de enfermeras los tienen mayores en *pijama, bata, pantalones, zapatos y zapatos de tacón*.

Luego, las diferencias están en *falda*, *camisa* y *zuecos* que los médicos los representan en mayor porcentaje y, los percibimos formando parte del estereotipo de la enfermera. A su vez, las enfermeras dibujan con mayor porcentaje el *pijama*, los *zapatos* y *zapatos de tacón*.

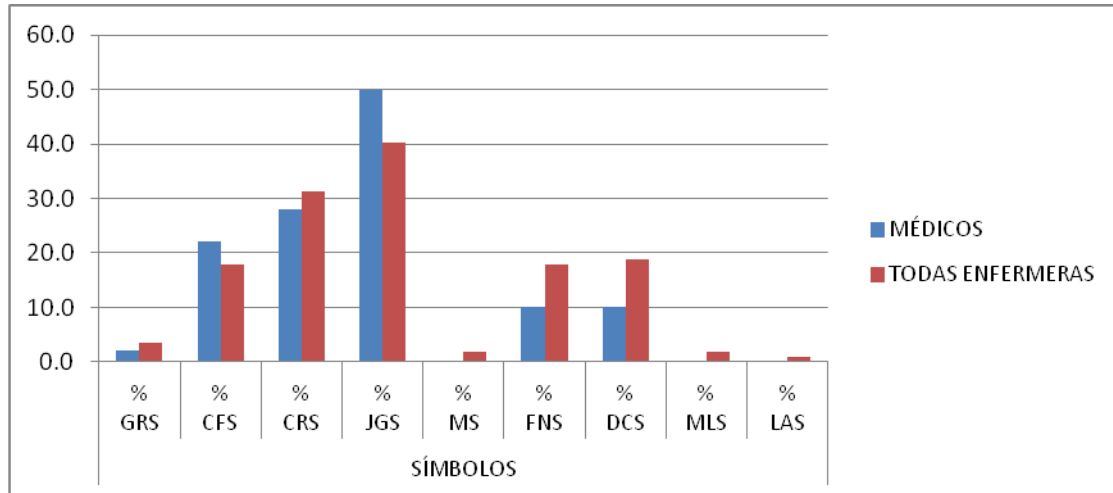


Gráfico 44. Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de médicos y de todas las enfermeras.

En la categoría Símbolos (ver Gráfico 44) las diferencias entre los médicos y las enfermeras están en *cofia* y *jeringa* donde los médicos las representan con mayor porcentaje que las enfermeras. En cambio, las enfermeras representan en mayor porcentaje el *fonendo* y el *documento* que lo utiliza la enfermera cuando aplica alguna técnica o procedimiento del cuidado.

A la postre, vamos a mostrar los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los dibujos de la enfermera, realizados por todas las enfermeras de hospitalización y de atención primaria, y todos los odontólogos, que participan en nuestro estudio.

5.1.7. Los odontólogos con todas las enfermeras

Para conocer, si los dibujos de una enfermera realizados por los odontólogos y los realizados por las enfermeras que participan en nuestro estudio, presentaban semejanzas o diferencias en las categorías que asignadas al dibujo, hemos realizado un análisis comparativo entre los dos grupos.

De la misma forma que hemos hecho con los grupos anteriores, también, en este caso vamos a seguir el mismo orden establecido para el análisis de los dibujos, por lo cual,

comenzaremos por la categoría Género, continuando con Edad, Cara, Expresión facial, Expresión corporal, Atuendo y, por último Símbolos.

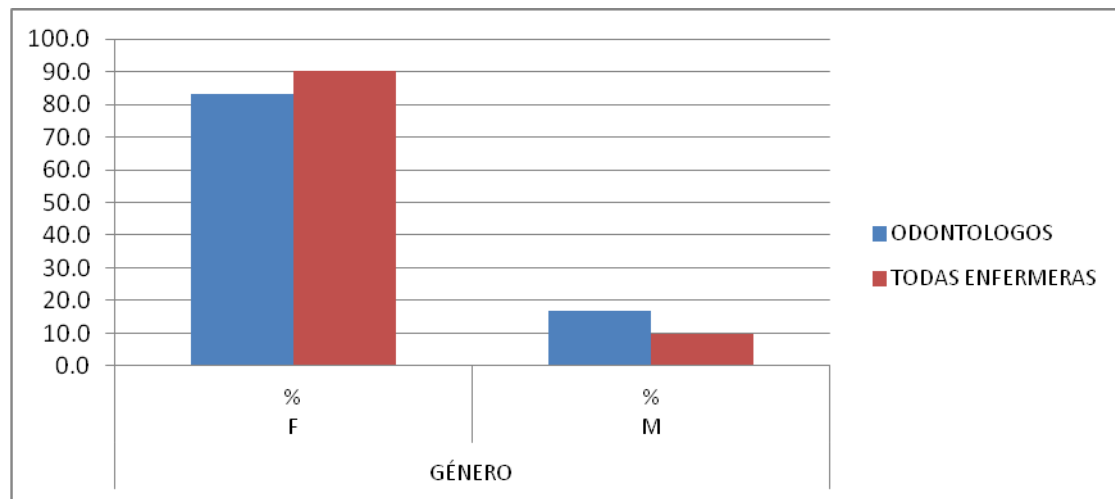


Gráfico 45. Distribución en porcentajes de la categoría Género de odontólogos y de todas las enfermeras.

Las diferencias en esta categoría (ver Gráfico 45) las podemos observar en *femenino* que las enfermeras lo han dibujado con mayor porcentaje que los odontólogos. En cambio, los odontólogos dibujan con un porcentaje mayor la figura *masculina* que las enfermeras.

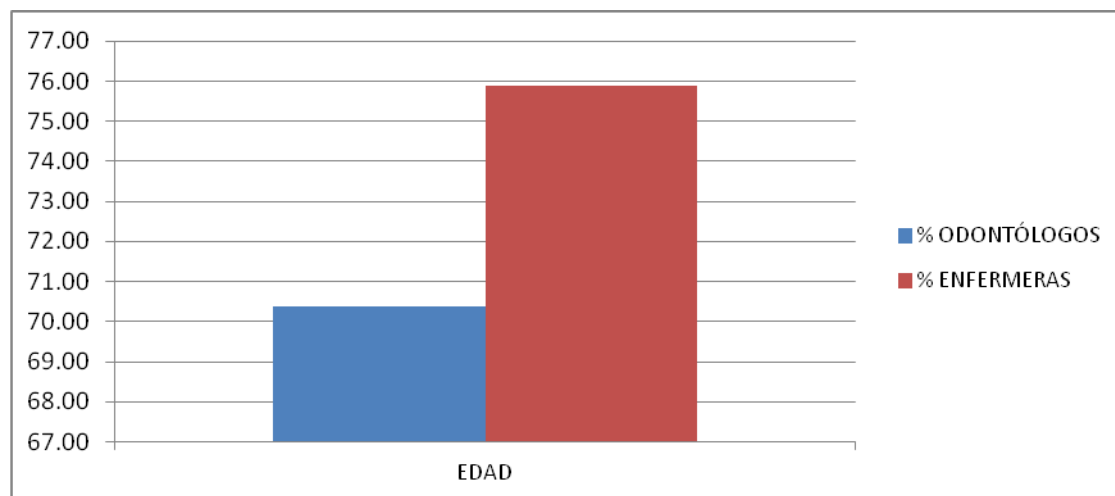


Gráfico 46. Distribución en porcentajes de la categoría Edad de odontólogos y de todas las enfermeras.

En esta categoría (ver Gráfico 46) las enfermeras han dibujado con mayor porcentaje una enfermera *joven* que los odontólogos. Sin embargo, los odontólogos han dibujado en mayor porcentaje la imagen de la enfermera *madura* que las enfermeras.

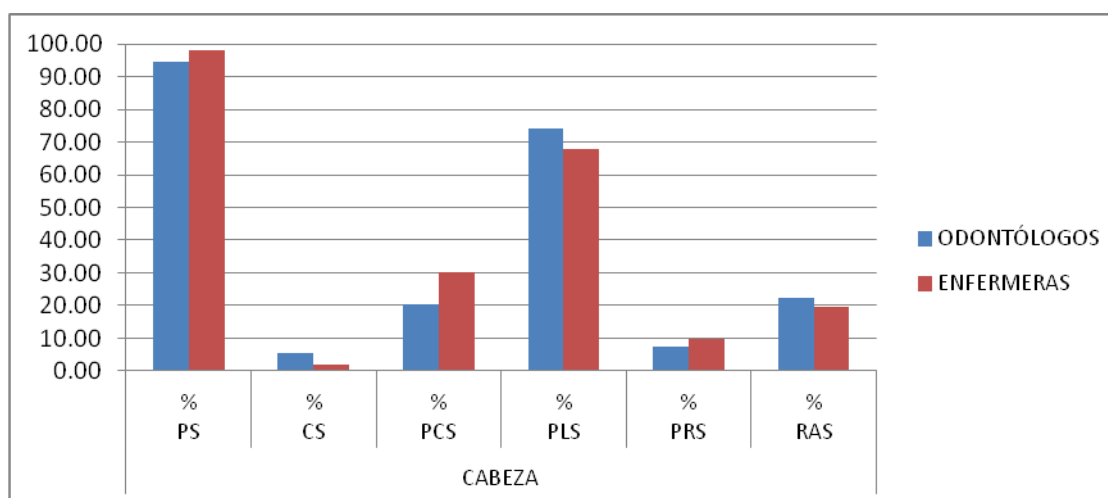


Gráfico 47. Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de odontólogos y de todas las enfermeras.

Como podemos ver en esta categoría (ver Gráfico 47) los odontólogos han dibujado con mayor porcentaje a un enfermero *calvo*, *el pelo largo y pelo rizado y alborotado*. Las enfermeras, en cambio, tienen mayor porcentaje en *pelo corto y pelo recogido*.

Luego, los odontólogos representan a la enfermera con el *pelo largo y pelo rizado y alborotado* en mayor porcentaje que las enfermeras y, las enfermeras tienen mayor porcentaje en *pelo corto y pelo recogido* que los odontólogos.

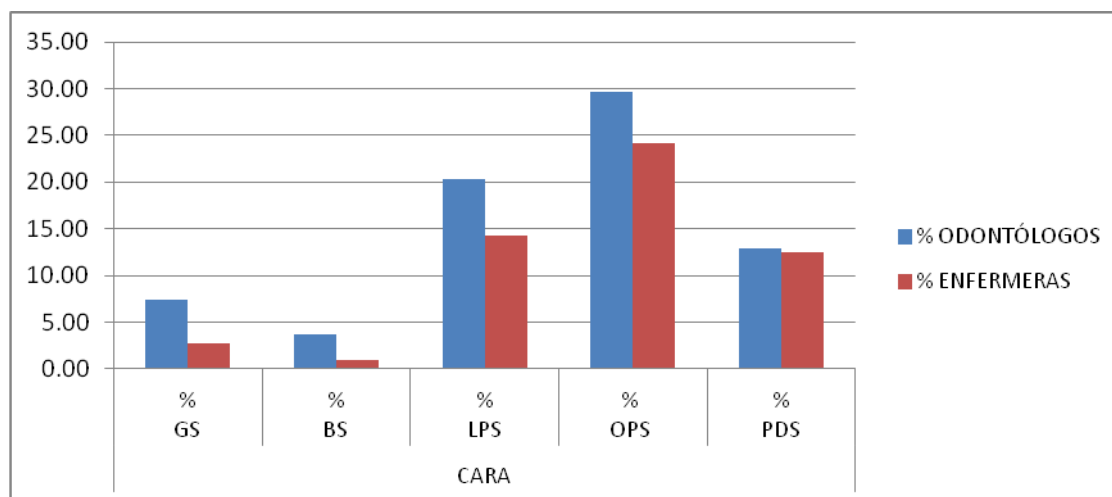


Gráfico 48. Distribución en porcentajes de la categoría Cara de odontólogos y de todas las enfermeras.

Como podemos observar en esta categoría (ver Gráfico 48), los odontólogos han dibujado con un porcentaje mayor que las enfermeras las *gafas*, los *labios pintados*, los *ojos pintados*, los *pendientes* y la *barba*.

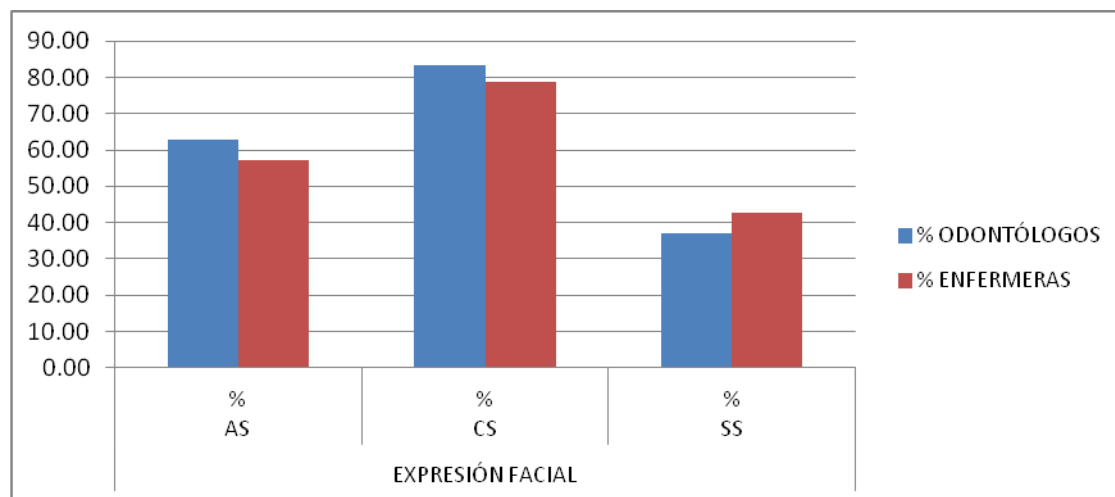


Gráfico 49. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de odontólogos y de todas las enfermeras.

En esta categoría hay diferencias entre los dos grupos (ver Gráfico 49). Los odontólogos tienen mayor porcentaje en los códigos *alegre* y *cálida* y, las enfermeras lo tienen mayor en *seria*.

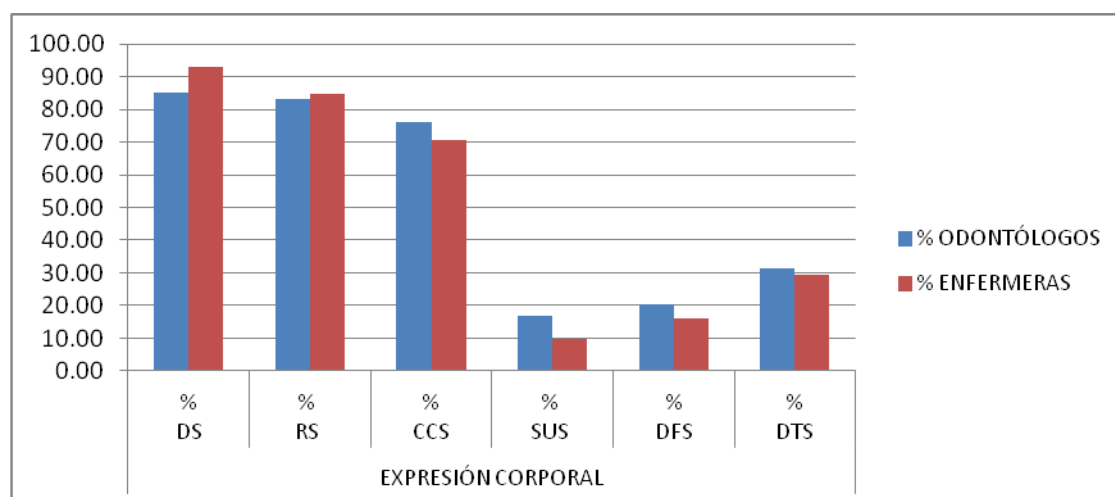


Gráfico 50. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de odontólogos y de todas las enfermeras.

En Expresión corporal (ver Gráfico 50) hemos obtenido que los odontólogos dibujan en mayor porcentaje *cercanía*, *suficiencia*, *defensa* y *distancia*. Sin embargo, las enfermeras dibujan en mayor porcentaje *disponibilidad* y *receptividad*. Conviene recordar que las actitudes de *disponibilidad*, *receptividad* y *cercanía*, las consideramos favorables al cuidado. En cambio, las de *suficiencia*, *defensa* y *distancia*, consideramos que no favorecen el cuidado.

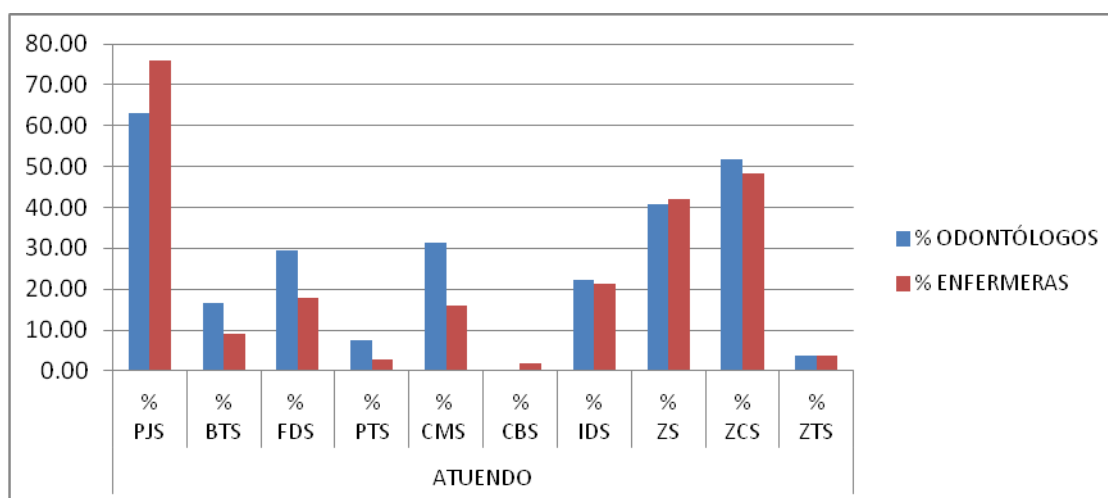


Gráfico 51. Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de odontólogos y de todas las enfermeras.

Las diferencias entre estos grupos, en esta categoría (ver Gráfico 51) las hemos obtenido en *bata, falda, pantalones, camisa, identificación, zuecos y zapatos de tacón*, que los odontólogos los han dibujado en mayor porcentaje. Sin embargo, como esperábamos, las enfermeras han dibujado en mayor porcentaje los códigos *pijama y zapatos*.

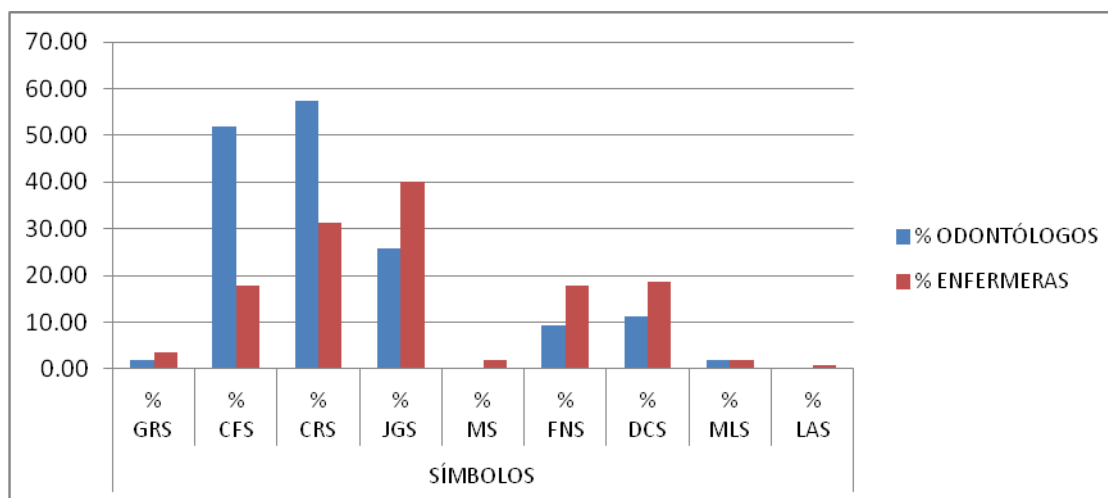


Gráfico 52. Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de odontólogos y de todas las enfermeras.

Como podemos ver en el Gráfico 52, hemos encontrado diferencias en esta categoría en *cofia* y en *cruz* que los odontólogos las han dibujado en mayor porcentaje que las enfermeras. En cambio, las enfermeras han dibujado con mayor porcentaje la *jeringa, fonendo y documento*.

A continuación y en último lugar, vamos a mostrar los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los dibujos de la enfermera realizados por los médicos y por los odontólogos que participan en nuestro estudio.

5.1.8. Los médicos con los odontólogos

Con el fin de conocer si había semejanzas o diferencias en los dibujos realizados sobre la enfermera por los médicos y por los odontólogos de nuestro estudio, vamos a realizar un análisis comparativo entre estos grupos.

Como hemos hecho con los grupos anteriores, también, con estos grupos, vamos a seguir el orden establecido para el análisis de los dibujos. Para ello comenzaremos con la categoría Género, seguidamente con Edad, Cara, Expresión facial, Expresión corporal, Atuendo y, por último Símbolos.

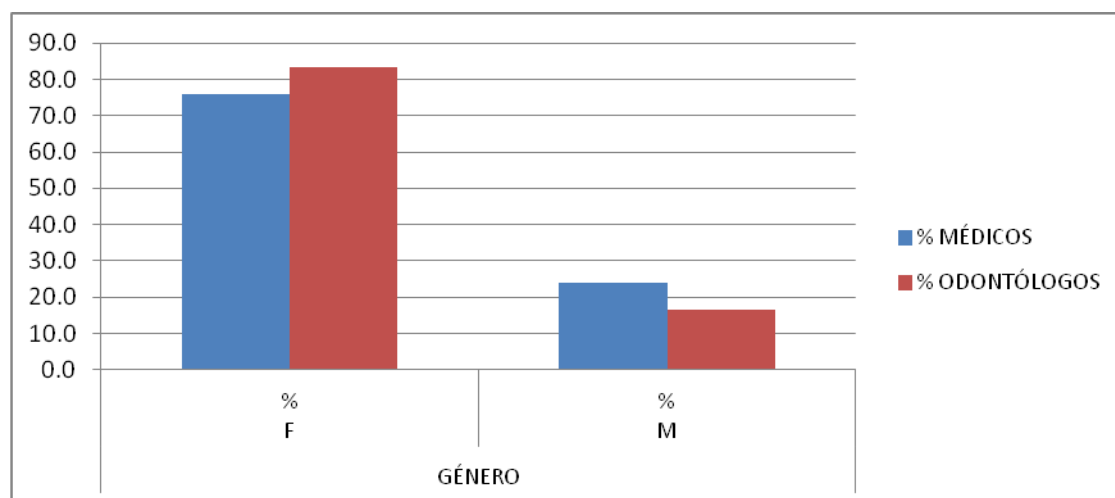


Gráfico 53. Distribución en porcentajes de la categoría Género de médicos y de odontólogos.

En esta categoría como aparece en el Gráfico 53, los odontólogos han dibujado en mayor porcentaje la figura *femenina* que los médicos. En cambio, los médicos dibujan en mayor porcentaje la figura *masculina*.

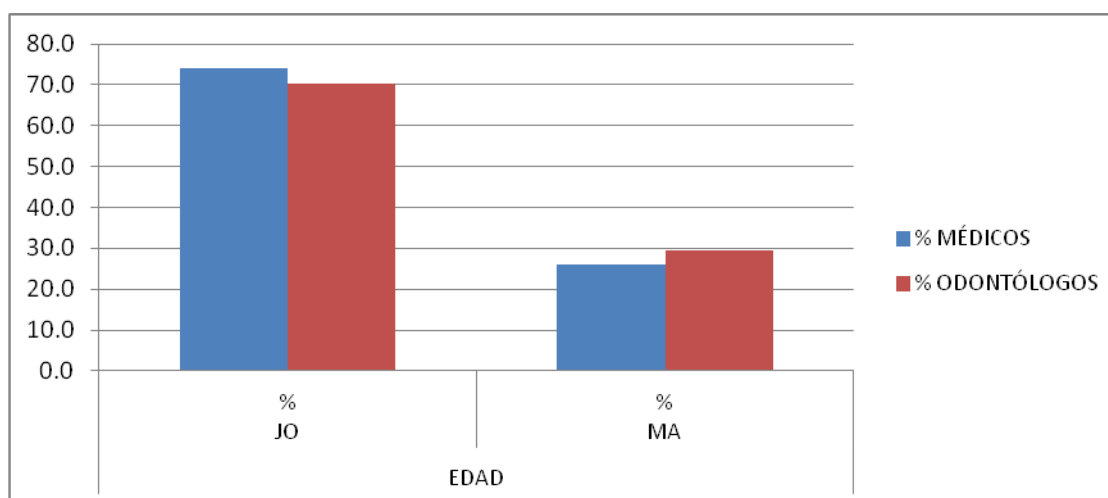


Gráfico 54. Distribución en porcentajes de la categoría Edad de médicos y de odontólogos.

En esta categoría (ver Gráfico 54) los médicos dibujan a la enfermera *joven* con un porcentaje mayor que los odontólogos. En cambio, los odontólogos dibujan en mayor porcentaje que los médicos la figura *madura*.

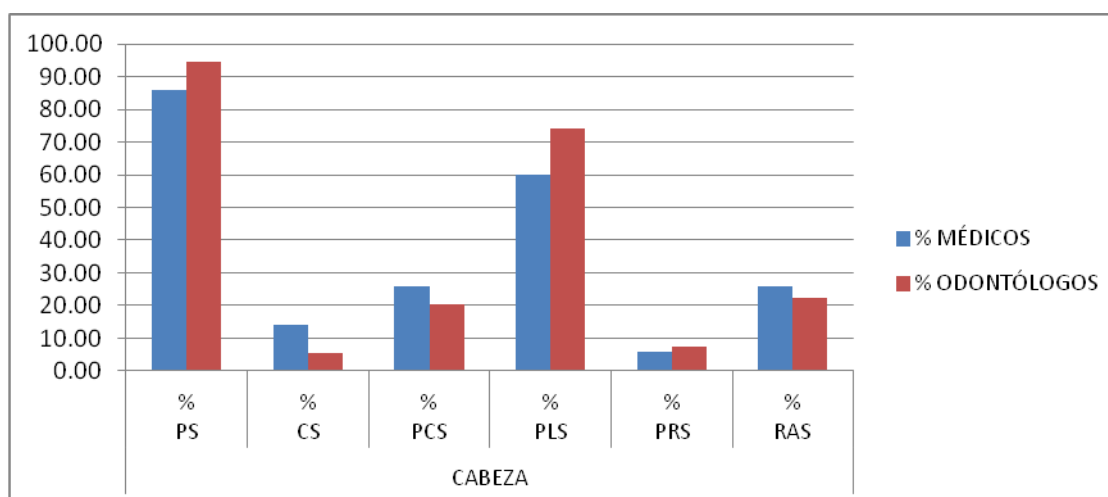


Gráfico 55. Distribución en porcentajes de la categoría Cabeza de médicos y de odontólogos.

En la categoría Cabeza (ver Gráfico 55) existen diferencias entre los dos grupos en *calvo*, *pelo corto* y *pelo rizado* y *alborotado* al dibujarlos los médicos con mayor frecuencia que los odontólogos. En cambio, los odontólogos han dibujado en mayor porcentaje el *pelo recogido*.

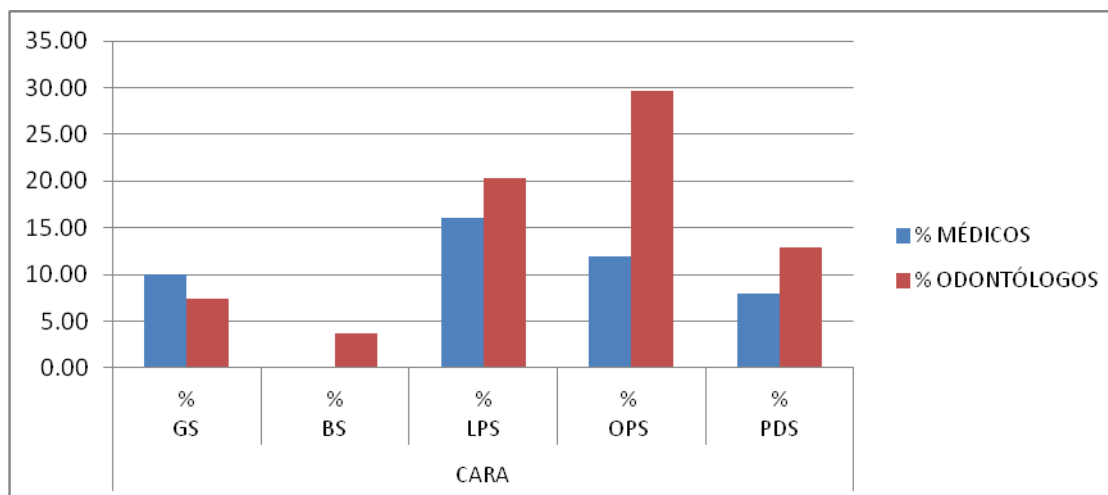


Gráfico 56. Distribución en porcentajes de la categoría Cara de médicos y de odontólogos.

En esta categoría, como podemos observar en el Gráfico 56, hemos obtenido diferencias significativas, entre los médicos y los odontólogos que participan en nuestro estudio en *barba*, *labios pintados*, los *ojos pintados* y *pendientes* que los odontólogos los representan con mayor porcentaje que los médicos.

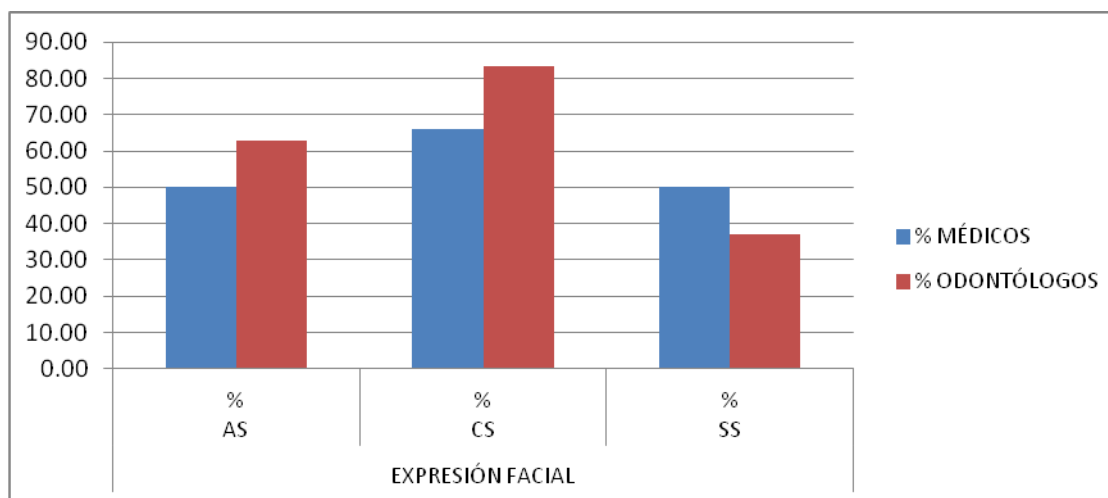


Gráfico 57. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión facial de médicos y de odontólogos.

En esta categoría (ver Gráfico 57) hemos encontrado diferencias en *alegre* y *cálida* que los odontólogos los representan con mayor porcentaje. En cambio, los médicos tienen mayor porcentaje en *seria*.

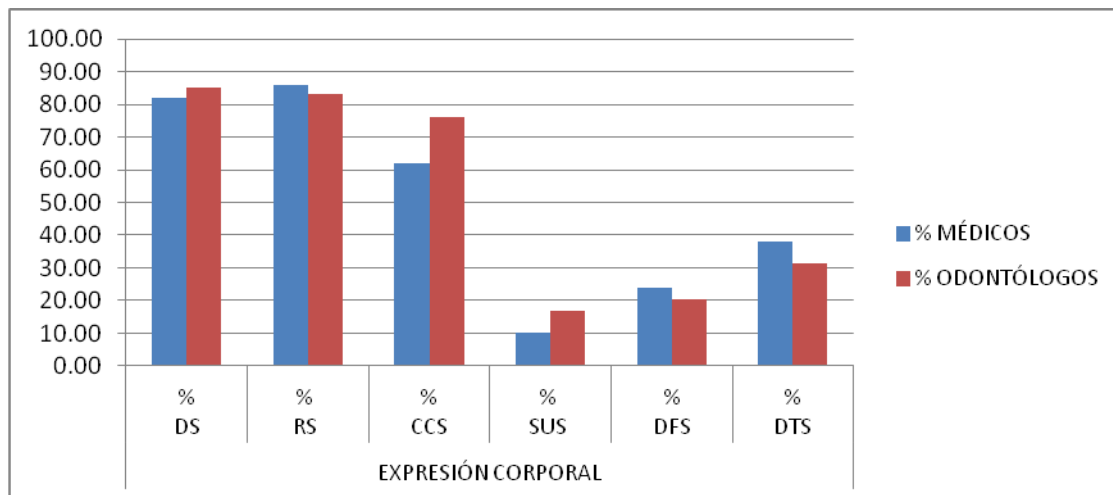


Gráfico 58. Distribución en porcentajes de la categoría Expresión corporal de médicos y de odontólogos.

Como podemos observar en el Gráfico 58, en esta categoría, los médicos tienen mayor porcentaje en *receptividad, defensa y distancia* que los odontólogos. En cambio, los odontólogos los tienen mayor en *disponibilidad, cercanía y suficiencia*. Estas actitudes están presentes en la persona que cuida y, algunas de ellas, las consideramos favorables al cuidado y, a otras, las percibimos como no favorables.

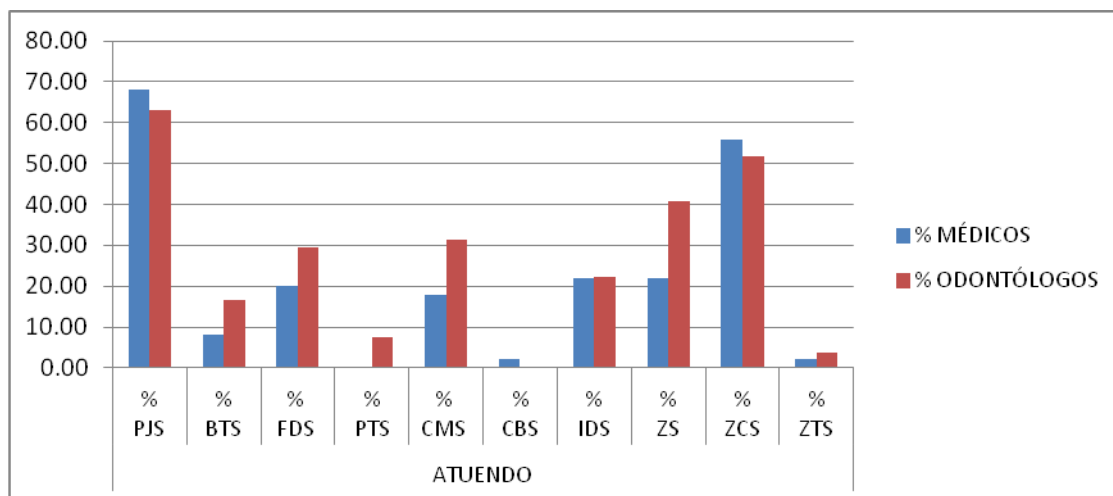


Gráfico 59. Distribución en porcentajes de la categoría Atuendo de médicos y de odontólogos.

En esta categoría, (ver Gráfico 59) hemos obtenido diferencias significativas entre los médicos y los odontólogos. Como podemos observar los médicos tienen mayor porcentaje, que los odontólogos en *pijama* y *zuecos* considerados en esta tesis, como elementos que aportan comodidad a la enfermera cuando ejerce el cuidado. Sin embargo, los odontólogos han dibujado en mayor porcentaje que los médicos la *bata, falda, pantalones, camisa, zapatos y zapatos de tacón*.

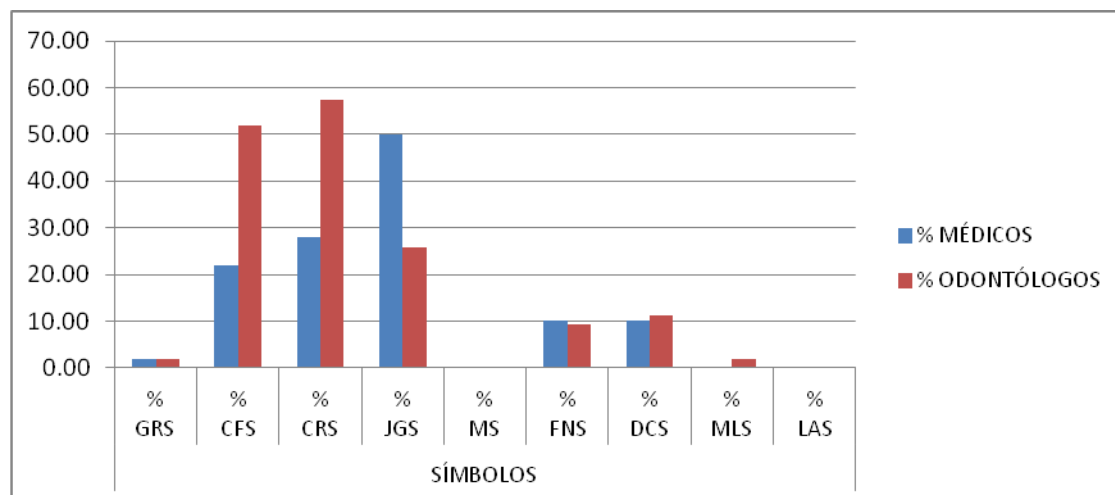


Gráfico 60. Distribución en porcentajes de la categoría Símbolos de médicos y de odontólogos.

Como podemos ver en Gráfico 60, en esta categoría hemos encontrado que los médicos tienen mayor porcentaje, que los odontólogos en *jeringa* y *fonendo*. En cambio, los odontólogos los tienen mayores, que los médicos, en *cofia*, *cruz* y *documento*. Como venimos comentando, estos no son necesarios para cuidar, aunque en la aplicación de técnicas y procedimientos se utilice la jeringa y el fonendo, de la misma manera que se utilizan otros utensilios y, sin embargo, nuestros participantes no los han dibujado, como por ejemplo, las gasas, las pinzas, etc.

A lo largo de este segundo capítulo de resultados hemos podido observar cómo el análisis comparativo entre cada uno de los grupos nos ha mostrado, por un lado, las coincidencias en cuanto a la frecuencia de representación de cada uno de los códigos. Por otro lado, las diferencias existentes entre ellos, en cada uno, de dichos códigos. A modo de conclusión, seguidamente vamos, a exponer las diferencias más significativas que hemos encontrado.

5.2. CONCLUSIONES

Vamos a comenzar por presentar los resultados de los estudiantes de La Paz y de los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, podemos resumir diciendo, que los dos grupos han representado con mayor frecuencia la figura *femenina*, *joven*, *seria*, *alegre* y *cálida*. Las diferencias las hemos encontrado en *pelo recogido*, *disposición*, *cercanía*, *suficiencia*, *bata*, *falda*, *zapatos*, *zapatos de tacón* donde grupo de La Paz las representa con mayor porcentaje que el grupo de la Fundación Jiménez Díaz. En cambio, los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz representan con mayor frecuencia *pelo corto*, *pelo rizado* y *alborotado*, *labios pintados*,

ojos pintados, pendientes, receptividad, defensa, distancia, pijama, pantalones, camisa, identificación, zuecos, cofia, cruz, jeringa, mascarilla, fonendo el y documento. Luego, entre estos grupos las diferencias las hemos encontrado en *cofia, cruz, jeringa y fonendo* que los dos grupos los han representado, en el grupo de la Fundación Jiménez Díaz, aunque con pequeñas diferencias, el porcentaje ha sido mayor. Debemos aclarar que los dos grupos representan todas las categorías, aunque, dentro de estas un grupo tiene mayor porcentaje que otro. Por lo tanto, los Tipos de dibujo que percibimos en los estudiantes de La Paz una enfermera Tipo D dirigida al cuidado, otra Tipo C dirigida a los aspectos técnicos de la profesión y, otra Tipo B dirigida al cuidado acompañada de símbolos y, con menor representación una enfermera Tipo A centrada en los aspectos técnicos acompañada de símbolos.

En la comparación de los estudiantes con las enfermeras hemos visto que tienen porcentajes altos en *femenina y joven y, además en alegre, cálida, seria, disponibilidad, receptividad y cercanía* que consideramos son favorables al cuidado. En cambio, en *suficiencia, defensa y distancia* que consideramos no favorables al cuidado, los estudiantes tienen mayor representación en *suficiencia y defensa y, las enfermeras tiene mayor representación en distancia.* A su vez, los estudiantes, también, tienen mayor representación en *pelo largo, pelo recogido, labios pintados, ojos pintados, pendientes, pijama, identificación, zuecos, y fonendo y, las enfermeras lo tienen en pelo corto, pelo rizado y alborotado, jeringa, cofia, cruz y documento.* Por tanto, respecto a que las enfermeras hayan representado en menor porcentaje los *labios pintados, los ojos pintados y los pendientes,* en alguna medida, podríamos atribuirlo a la socialización profesional, ya que, por una parte, una mayoría de las enfermeras muestran un cierto rechazo hacia los labios y ojos pintados excesivamente para ejercer el cuidado y, por otra, rechazan al estereotipo que de la enfermera circula en la sociedad. En cuanto a los símbolos que los dos grupos han representado esperábamos que tanto estudiantes como enfermeras no los hubiesen representado. Luego, en estos grupos los tipos de dibujo que hemos obtenido han sido, en los estudiantes una figura Tipo D centrada en el cuidado, otra Tipo C sólo le interesan los aspectos técnicos de la profesión. Las enfermeras han representado el Tipo A, Tipo B, Tipo C y el Tipo D

En la representación de la enfermera por los estudiantes y los médicos coinciden en representar con porcentajes altos la figura *femenina y joven,* aunque los estudiantes tienen mayor porcentaje. Las diferencias las tienen en el *pelo recogido, labios pintados, ojos pintados, pendientes, alegre, cálida, receptividad, cercanía, suficiencia, pijama, los zuecos, identificación, fonendo y el documento* que los estudiantes los representan con mayor porcentaje que los

médicos. En cambio, los médicos tienen mayor frecuencia en *pelo rizado y alborotado, seria, disponibilidad, defensa, distancia, zapatos, camisa, falda, bata, jeringa, cofia y cruz*. Por tanto, podemos decir que los estudiantes han representado a una enfermera Tipo D dirigida al cuidado por ser alegre, cálida, cercana, receptiva y a otra Tipo C dirigida a los aspectos técnicos de la profesión por presentar suficiencia y llevar un fonendo. Los médicos han representado a una enfermera Tipo C centrada en los aspectos técnicos, distante con defensa y jeringa, otra Tipo B dirigida al cuidado, por tener actitud de disposición a ayudar y llevar cofia, cruz y otra Tipo A centrada en las técnicas, ya que, lleva jeringa y cofia.

Los estudiantes y los odontólogos han elegido para representar a la enfermera la figura femenina y, los estudiantes, tienen mayor porcentaje, lo mismo que ocurría con los médicos. A su vez, representan con porcentajes altos a la enfermera joven, aunque los estudiantes tienen mayor porcentaje. También, tienen porcentajes similares en *alegre, cercanía, seria suficiencia y defensa*. En cambio, las diferencias las tienen en *pelo recogido, labios pintados, ojos pintados, pendientes, receptividad, pijama, identificación, zuecos jeringa y fonendo*. Los odontólogos presentan mayor porcentaje en *disponibilidad y distancia pelo corto, calvo, pelo rizado y alborotado, bata, falda, camisa y los zapatos de tacón cofia y la cruz*. Con estos resultados los Tipos de dibujo que hemos percibido en el grupo de estudiantes ha sido el Tipo C y el Tipo D y en los odontólogos predominan el Tipo B y el Tipo D. Luego, las semejanzas están en el Tipo D que los dos grupos han representado a la enfermera dirigida al cuidado y, las diferencias están, por una parte, en el Tipo C que lo representan los estudiantes con mayor porcentaje y, por otra, en el Tipo B que lo representan los odontólogos con mayor porcentaje.

En el grupo de enfermeras de hospitalización y en el grupo de enfermeras de atención primaria hemos encontrado semejanzas en *femenina y joven*, aunque, las enfermeras de atención primaria representan con mayor porcentaje la figura madura. Las diferencias están en *labios pintados, ojos pintados, pendientes, alegre, disponibilidad, receptividad, defensa, distancia, falda, camisa, identificación, zuecos, cofia, cruz, jeringa y fonendo* que los representan con mayor porcentaje las enfermeras de hospitalización. En cambio, las enfermeras de atención primaria representan con mayor frecuencia *pelo corto, pelo recogido, pelo rizado y alborotado, seria, cercanía, suficiencia, pijama, bata, falda, pantalones, zapatos cofia, cruz, jeringa y fonendo* donde las enfermeras de atención primaria con mayor frecuencia. Por tanto, en estos grupos los Tipos de dibujo que hemos percibido en el grupo de enfermeras de hospitalización han sido el Tipo A, el Tipo B, el Tipo C y el Tipo D y en las de atención primaria el Tipo B, el Tipo C y el Tipo D. Luego, la diferencia está en el Tipo A, porque,

las enfermeras de atención primaria, aunque, han dibujado la cofia la han representado con un porcentaje menor que las de hospitalización.

Al comparar a los médicos con las enfermeras hemos obtenido que los dos grupos representan la figura *joven* con porcentajes altos y, en cambio, la figura *femenina* la representan con mayor porcentaje las enfermeras. Sin embargo, las diferencias están en *pelo recogido, ojos pintados, pendientes, alegre, cálida, disponibilidad, cercanía, pijama, bata, pantalones, zapatos, zapatos de tacón, fonendo y documento* donde las enfermeras lo representan con mayor porcentaje. Los médicos lo representan con un porcentaje el *pelo corto, pelo rizado y alborotado, labios pintados, seria, receptividad, defensa, distancia, falda, camisa, identificación, corbata, zuecos, cofia y jeringa*. Con estos resultados podemos ver que los Tipos de dibujo en el grupo de las enfermeras están representados en el Tipo C y en el Tipo D. Por su parte los médicos han representado el Tipo A y el Tipo C. Luego, las semejanzas están, por una parte, en el Tipo D que representa a la enfermera centrada en el cuidado, por otra en el Tipo A que representa a la enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión acompañada de símbolos.

En el grupo de enfermeras y odontólogos hemos visto que las enfermeras han dibujado con mayor porcentaje la figura *femenina* y *joven* que los odontólogos que, aunque, las dibujan con porcentajes altos, han representado la figura masculina y madura con porcentajes importantes. Las diferencias están en *calvo, pelo largo, pelo rizado y alborotado, gafas, labios pintados, ojos pintados, pendientes, barba, alegre, cálida, cercanía, suficiencia, defensa, distancia, bata, falda, pantalones, camisa, identificación, zuecos, zapatos de tacón, cofia y cruz* que los odontólogos los han dibujado con mayor porcentaje. Las enfermeras tienen mayor porcentaje en *pelo corto, pelo recogido, seria, disponibilidad, receptividad, pijama, zapatos, jeringa, fonendo y documento*. Por tanto, los Tipos de dibujo que representan los odontólogos son el Tipo A, el Tipo B y las enfermeras el Tipo C y el Tipo D. Luego, podemos decir, que los odontólogos representan a una enfermera centrada en las técnicas con cofia y a otra centrada en el cuidado con cofia. Al contrario, lo representan las enfermeras que han dibujado una enfermera centrada en las técnicas y a otra centrada en el cuidado, ninguna de las dos lleva cofia, que es en lo que se diferencia con los odontólogos.

Por último, en el grupo de odontólogos y de médicos hemos visto que los odontólogos han dibujado en mayor porcentaje la figura *femenina* y los médicos dibujan a la enfermera *joven* con un porcentaje mayor. Los odontólogos han dibujado en mayor porcentaje el *pelo recogido, barba, labios pintados, ojos pintados, pendientes, alegre, cálida, disponibilidad,*

cercanía, suficiencia, bata, falda, pantalones, camisa, zapatos, zapatos de tacón, cofia, cruz y documento. Los médicos representan con mayor porcentaje *calvo, pelo corto, pelo rizado y alborotado, seria, receptividad, defensa, distancia, pijama, zuecos, jeringa y fonendo.* Por lo cual, podemos decir, que los odontólogos el Tipo de enfermera que han dibujado ha sido el Tipo B y el Tipo D y los médicos han dibujado el Tipo C. Luego, se diferencian en que los médicos representan a una enfermera centrada en los aspectos técnicos y los odontólogos dibujan a una enfermera centrada en el cuidado.

En el siguiente Capítulo 6 (3º de resultados), vamos a presentar los resultados obtenidos en el análisis de los textos, que nuestros participantes han narrado sobre la enfermera respondiendo por una parte, a quién es, qué hace, cómo lo hace, qué pretende y en qué circunstancias y, por otra contando la historia de la enfermera dibujada, generalmente, u otra historia de una enfermera.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE TEXTOS DE CADA UNA DE LAS VARIABLES AGRUPADORAS

6.1. ANÁLISIS DE TEXTOS	277
6.1.1. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y cada una de las categorías asignadas a los textos.	278
6.1.1.1. Pentada Dramatúrgica	278
6.1.1.2. Resultados Centro – Reflexiones	293
6.1.2. Relación entre la variable agrupadora Curso de la Diplomatura de Enfermería y cada una de las categorías asignadas a los textos	295
6.1.2.1. Pentada Dramatúrgica	295
6.1.2.2. Resultados Curso –Reflexiones	313
6.1.3. Relación entre la variable agrupadora Género y cada una de las categorías asignadas a los textos.	314
6.1.3.1. Pentada Dramatúrgica	315
6.1.4. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y cada una de las categorías asignadas a los textos	328
6.1.4.1. Pentada Dramatúrgica	328
6.2. CONCLUSIONES	344

CAPÍTULO 6

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE TEXTOS DE CADA UNA DE LAS VARIABLES AGRUPADORAS)

En este tercer capítulo de resultados, vamos a mostrar los resultados del análisis de textos obtenidos al relacionar (1) la variable agrupadora Centro de Estudios y cada una de las categorías asignadas a los textos; relación (2) entre la variable agrupadora Curso y cada una de las categorías asignadas a los textos; relación (3) entre la variable agrupadora Género y cada una de las categorías asignadas a los textos; relación (4) entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y cada una de las categorías asignadas a los textos.

Al igual que en los capítulos precedentes, nuestra intención en este diseño es facilitar al lector la comprensión de los distintos análisis de textos que hemos llevado a cabo.

6.1. ANÁLISIS DE TEXTOS

En primer lugar, describiremos los resultados obtenidos al comparar las variables agrupadoras utilizadas en nuestro estudio con las categorías establecidas para el análisis de los dibujos y sus respectivos códigos entre los distintos grupos que participan en nuestro estudio.

Como ya hemos señalado anteriormente, el objetivo de este análisis es averiguar las semejanzas y diferencias que existen, en la descripción de la enfermera, entre los distintos grupos de participantes en nuestro estudio.

Comenzaremos presentando los resultados del análisis de textos (pentada e historia) obtenidos al relacionar las variables agrupadoras Centro de Estudios, Curso, Género y Rango Antigüedad con cada una de las categorías asignadas a los textos.

6.1.1. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y cada una de las categorías asignadas a los textos.

Con el fin de conocer, si en los relatos, tanto de la Pentada Dramatúrgica, como en los correspondientes a la historia de la enfermera, existían diferencias significativas, entre los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, hemos relacionado la variable Centro de Estudios, con cada una de las categorías asignadas a los textos.

6.1.1.1. Pentada Dramatúrgica

Recoge las respuestas a las cinco preguntas que están relacionadas con la enfermera (el actor), así como la historia que cuentan sobre la enfermera o el enfermero.

Iniciaremos el análisis dando respuesta a la primera pregunta sobre quién es la enfermera.

Quién es

En este apartado, hemos recogido las categorías que han sido extraídas de los textos, que nuestros participantes han narrado. De esta manera, hemos configurado las categorías en: Atributos, Atuendo, Creencias, Disposición, Sentimientos de la Enfermera, Género, Relacionado con el médico.

Resultados Centro-Atributos

Con el fin de conocer si existían diferencias significativas entre los estudiantes de enfermería de La Paz y los estudiantes de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz, en los distintos aspectos que se atribuyen a la enfermera para ejercer el cuidado, relacionamos la variable Centro con la categoría Atributos.

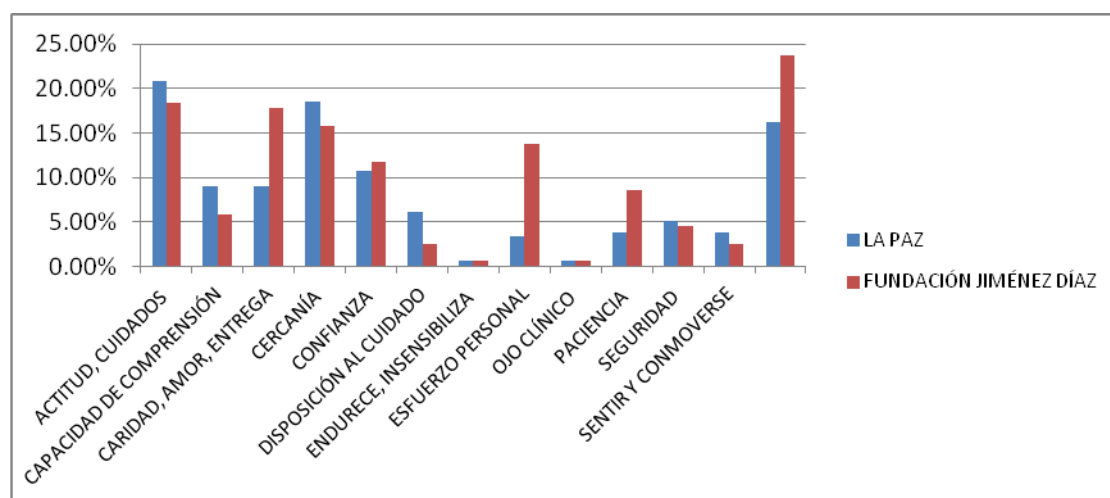


Gráfico 61. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Atributos.

Como podemos ver en el Gráfico 61, que representa la variable Centro relacionada con la categoría Atributos hemos encontrado diferencias significativas entre los estudiantes de enfermería de La Paz y los estudiantes de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz *actitud, cuidado; capacidad de comprensión; caridad, amor, entrega; cercanía; confianza; esfuerzo personal; seguridad; transmite paz, calidez, relaja; disposición*. En relación con estos atributos los estudiantes de enfermería de La Paz y los estudiantes de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz manifiestan que para ejercer el cuidado la enfermera debe tener una actitud favorable hacia el cuidado que comprenda y se esfuercen por comprender a las personas que cuida mostrando cercanía y transmitiendo confianza, seguridad y, esforzándose por conseguir unos cuidados excelentes. Además, consideran que la enfermera debe mostrar *caridad, amor, entrega* hacia sus pacientes entendiendo este atributo como la máxima expresión de entrega hacia el otro. A su vez, dicen que las enfermeras tienen que transmitir paz en el ejercicio del cuidado y, manifiestan que deben estar dispuestas a ayudar a los pacientes que cuidan.

Respondiendo a la pregunta, sobre qué atributos deben tener las enfermeras para ejercer el cuidado, con estos resultados afirmamos que los estudiantes de enfermería de dos Instituciones formativas (una pública y otra privada), consideran importante que la enfermera tenga una actitud favorable hacia el cuidado, además de intentar comprender a las personas que cuida debe mostrar caridad, amor, entrega, cercanía, calidez, con el fin de disminuir sus miedos e incertidumbres en el proceso de la enfermedad, se esfuercen por controlar las situaciones críticas de sus pacientes consiguiendo unos cuidados excelentes.

Resultados Centro-Atuendo

Para saber, si existían diferencias, entre los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, sobre las percepciones, relacionadas con el uniforme profesional de la enfermería relacionamos la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Atuendo, como podemos ver en el Gráfico 62, hemos encontrado diferencias significativas, en el *pelo recogido* y en *uniforme*, donde, los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, manifiestan que la enfermera debe llevar el pelo recogido y un uniforme apropiado para ejercer el cuidado.

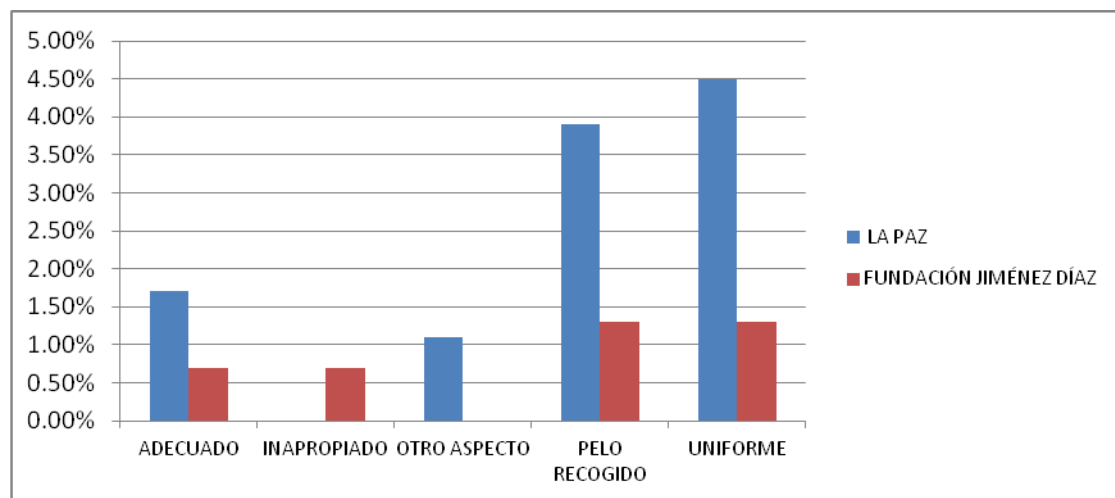


Gráfico 62. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Atuendo.

A su vez, debemos recordar que en el Capítulo 4 y primero de resultados de esta tesis, en relación, con el pelo recogido, también, obtuvimos diferencias entre estos estudiantes en los dibujos sobre la enfermera. Donde los estudiantes de La Paz presentaban el pelo recogido en mayor porcentaje que los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz.

Resultados Centro-Creencias

Los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz presentan diferencias sobre las percepciones relacionadas, con el significado de la enfermería como profesión, al relacionar, la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Creencias.

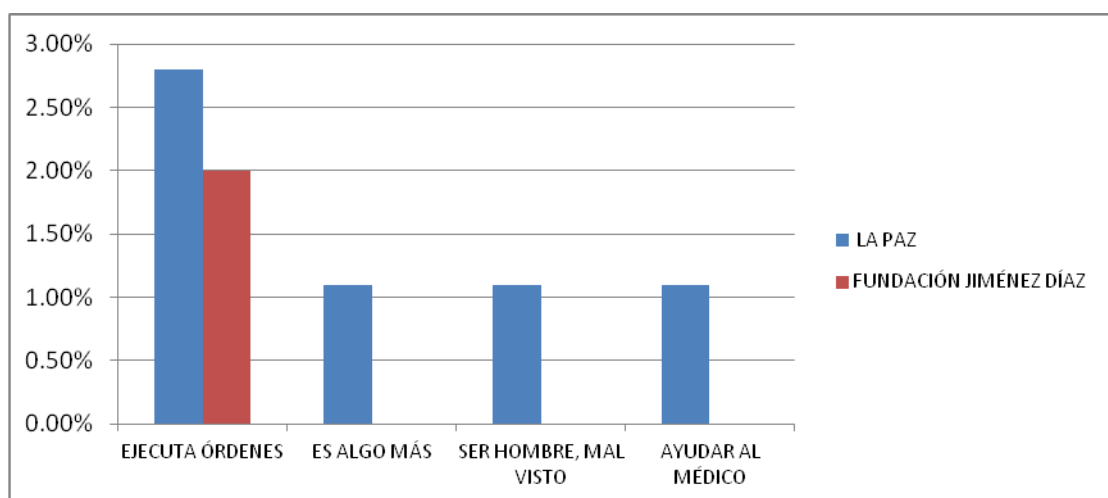


Gráfico 63. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Creencias.

Las diferencias que hemos encontrado, como podemos ver en el Gráfico 63, en los códigos *ejecuta órdenes* y *ayudar al médico*. Los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, manifiestan que las enfermeras están a las órdenes del médico en el ejercicio del cuidado y, además, el grupo de La Paz dicen que la enfermera ayuda al médico.

Luego, tanto los estudiantes de La Paz, como los de la Fundación Jiménez Díaz manifiestan que las enfermeras, en mayor o menor medida están a las órdenes del médico en el ejercicio del cuidado.

Resultados Centro-Disposición / Vocación

Al relacionar la variable Centro con la categoría Disposición (ver Gráfico 64) hemos encontrado diferencias significativas en *vocación no* y *vocación sí* al manifestar los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, por un lado, que las enfermeras estudiaron enfermería sin sentir ninguna atracción por ella, no tenían vocación hacia el ejercicio del cuidado y, por otro, que en unos casos las enfermeras desde la infancia deseaban llegar a ser enfermeras y, en otros la eligieron al conocer el modo de actuar de las enfermeras.

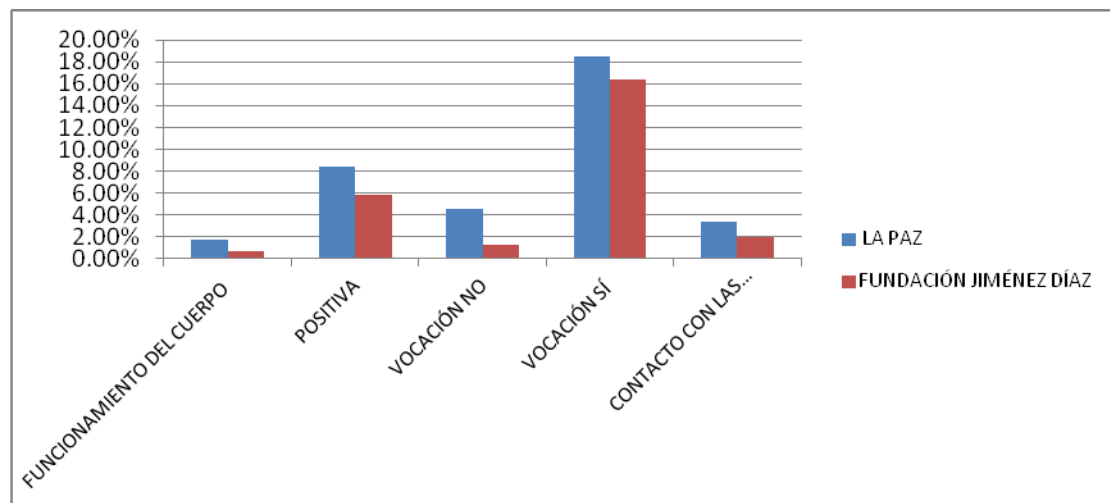


Gráfico 64. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Disposición /Vocación.

Con estos resultados, hemos visto por una, parte los sentimientos y circunstancias, que motivaron, a algunos estudiantes, a elegir la Enfermería, como profesión y, por otra, que la eligieron, sin sentir ninguna atracción hacia ella, es decir, sin tener vocación hacia el cuidado.

Resultados Centro-Sentimientos de la Enfermera

Los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, al relacionar la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Sentimientos de la Enfermera, hemos visto que existen diferencias significativas en *miedos-incertidumbres*, *responsabilidad* y *trabaja en el ámbito de la salud*, como podemos ver en el Gráfico 65 los estudiantes de las dos Escuelas, manifiestan que sienten miedo y ansiedad al inicio de las prácticas clínicas; que las enfermeras asumen la responsabilidad de las actividades que realizan y que la enfermera es la persona que desarrolla su actividad en el ámbito de las ciencias de la salud.

Con estos resultados hemos visto que los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz declaran que la enfermera es un profesional que asume la responsabilidad de las actividades que realiza y se implica en el desempeño con una actitud positiva. Además, dicen que los estudiantes y las enfermeras sienten miedo y ansiedad al inicio de las prácticas clínicas y, cuando inician su actividad por primera vez en una unidad.

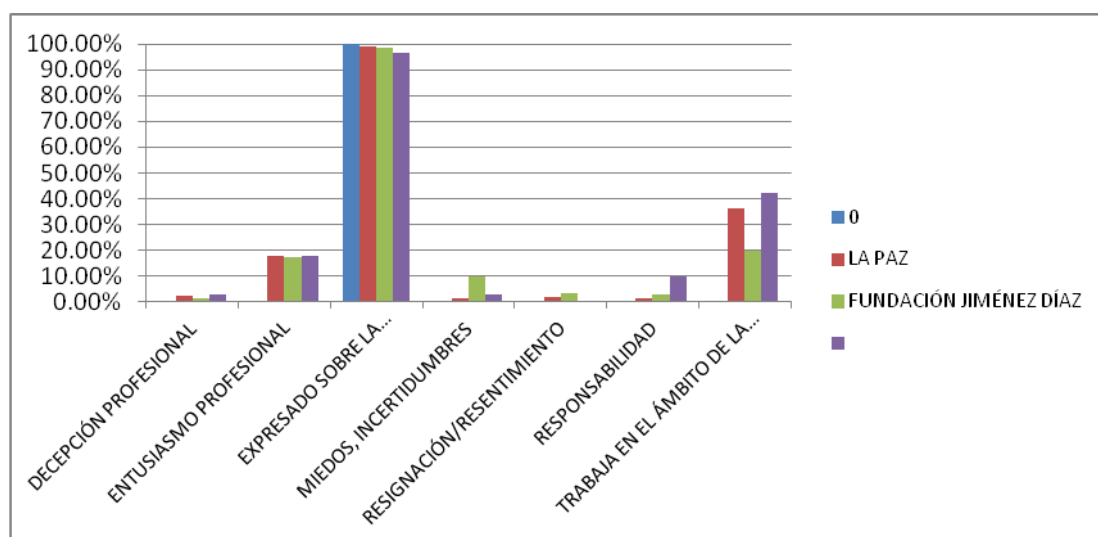


Gráfico 65. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Sentimientos de la Enfermera.

Resultados Centro-Género

Al relacionar la variable Centro de Estudios y la categoría Género (ver Gráfico 66) los estudiantes de las dos escuelas de nuestro estudio utilizan, en su mayoría, el género femenino para nombrar a la enfermera.

Con estos resultados podemos decir, por un lado, que tanto, las estudiantes femeninas, como los estudiantes masculinos, mayoritariamente utilizan el género femenino para referirse al profesional que cuida. Sin embargo, los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz utilizan con mayor frecuencia la palabra enfermero que los estudiantes de La Paz. Estos resultados, en alguna medida, se corresponden con los obtenidos en la representación

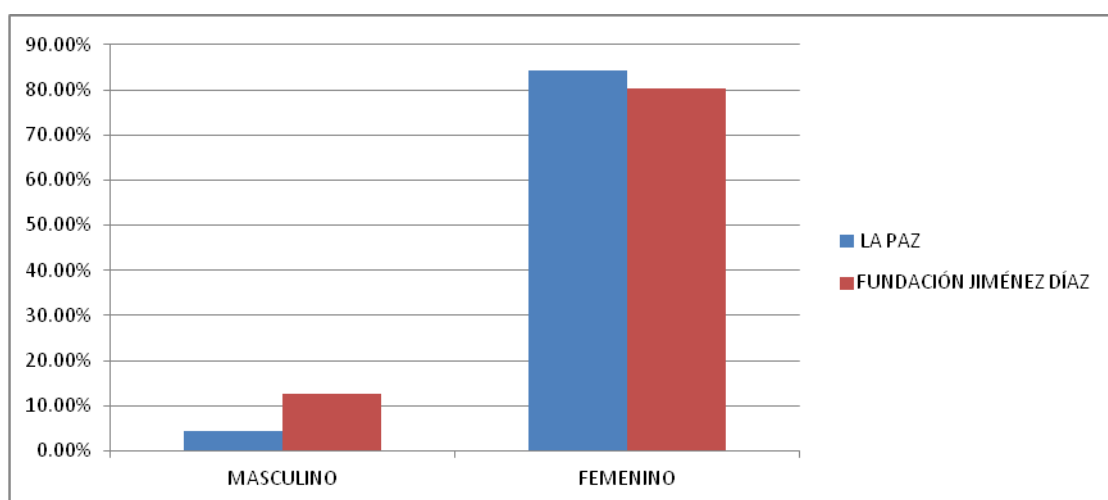


Gráfico 66. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Género.

de los dibujos por los estudiantes, comentados en los Capítulos 4 y 5 de esta tesis. En ellos vimos que había mayor número de estudiantes masculinos en la Fundación Jiménez Díaz, que en La Paz y, además, los estudiantes masculinos de la Fundación Jiménez Díaz, todos han dibujado a un enfermero y, los estudiantes de La paz en su mayoría representaban a una enfermera.

Resultados Centro-Identificación con la profesión

Para conocer la opinión de los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz y si existían diferencias entre ellos, sobre lo que dicen de la identificación de la enfermera con su profesión, relacionamos la variable Centro de Estudios y la categoría Identificación con la profesión, y como podemos ver en el Gráfico 67, aparecen diferencias significativas en *aprender a querer a la profesión enfermera, seguir estudiando y sentir orgullo profesional*. Donde, los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz manifiestan que las enfermeras han aprendido a querer a su profesión y tienen la necesidad de seguir estudiando con el fin de ampliar conocimientos y, encontrar algo más que les satisfaga profesionalmente. Por el contrario, también, dicen que las enfermeras están conformes con su profesión se sienten reconocidas y, por tanto, siente orgullo de ser enfermeras.

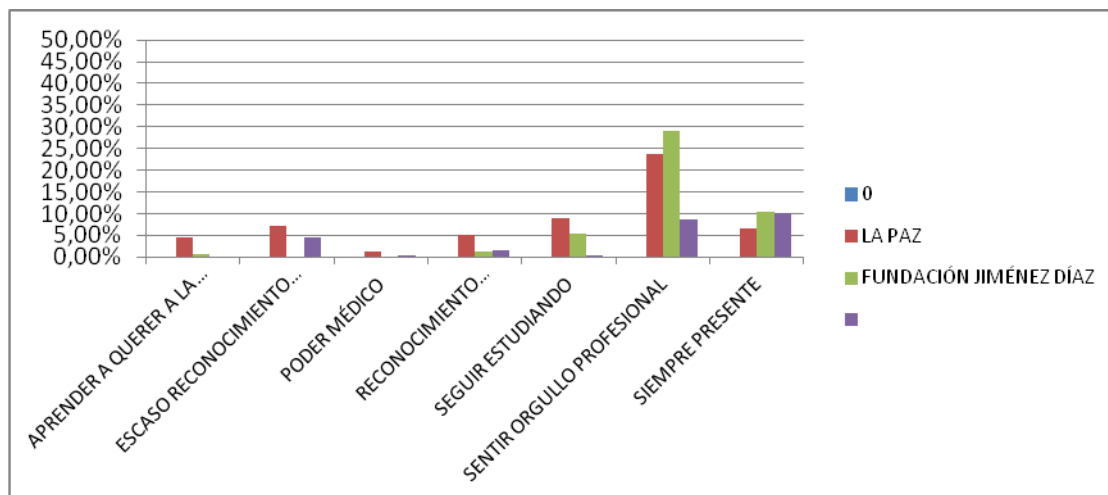


Gráfico 67. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Identificación con la profesión.

De estos resultados podemos extraer, que los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz manifiestan que a pesar de no encontrarse satisfechos, cuando iniciaron los estudios de enfermería, con el transcurrir de los cursos, han ido aprendiendo a quererla y, a su vez, dicen que deben seguir estudiando, para ampliar conocimientos y encontrar algo más que les satisfaga profesionalmente. Es decir, por un lado, están conformes con su profesión y se sienten reconocidas y orgullosas de ser enfermeras y, por otro, perciben el escaso reconocimiento que tiene la profesión en la sociedad. Esto se debe, a que la

sociedad, en general, otorga al médico todo el valor del cuidado, y a la enfermería la deja en segundo lugar.

Resultados Centro- Relacionado con el Médico

Al relacionar la variable Centro de Estudios y la categoría Relacionado con el Médico (ver Gráfico 68) hemos encontrado diferencias significativas entre los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, en *colabora, quería ser médico y se encarga de otros asuntos*. De manera que, los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, manifiestan que las enfermeras colaboran con el médico y, que por los resultados de selectividad, y otras circunstancias, no les fue posible estudiar medicina, y tuvieron que elegir enfermería.

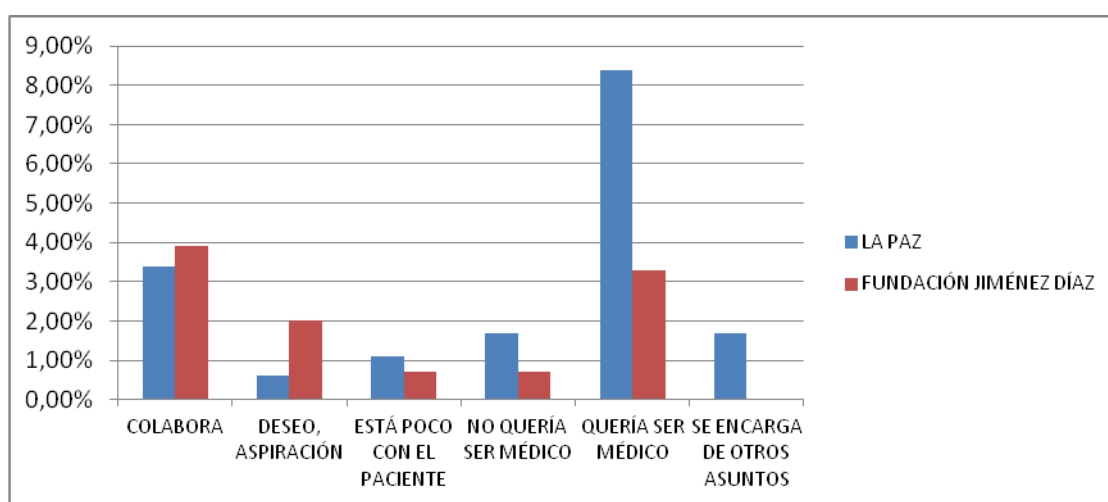


Gráfico 68. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Relacionado con el Médico.

Con estos resultados, podemos decir, que los estudiantes de enfermería, formados en dos instituciones distintas, manifiestan, por un lado, que debido a los resultados de selectividad y otras circunstancias, no pudieron estudiar medicina y tuvieron que elegir enfermería. Conforme fueron pasando de curso, aprendieron a querer a la enfermería y, a la vez, descubren, que los médicos se muestran, generalmente, fríos y distantes con los pacientes, encargándose de otros asuntos distintos al cuidado, y esto no les gusta. Por otro lado, dicen que las enfermeras colaboran con el médico, le avisan cuando la situación del paciente lo requiere y son el enlace entre el paciente y el médico.

Qué hace

Aquí se incluyen las categorías que están relacionadas con las actividades que la enfermera realiza, como es el Cuidar y el Ejercicio profesional.

Resultados Centro -Cuidar

Al relacionar la variable Centro de Estudios y la categoría Cuidar como podemos ver en

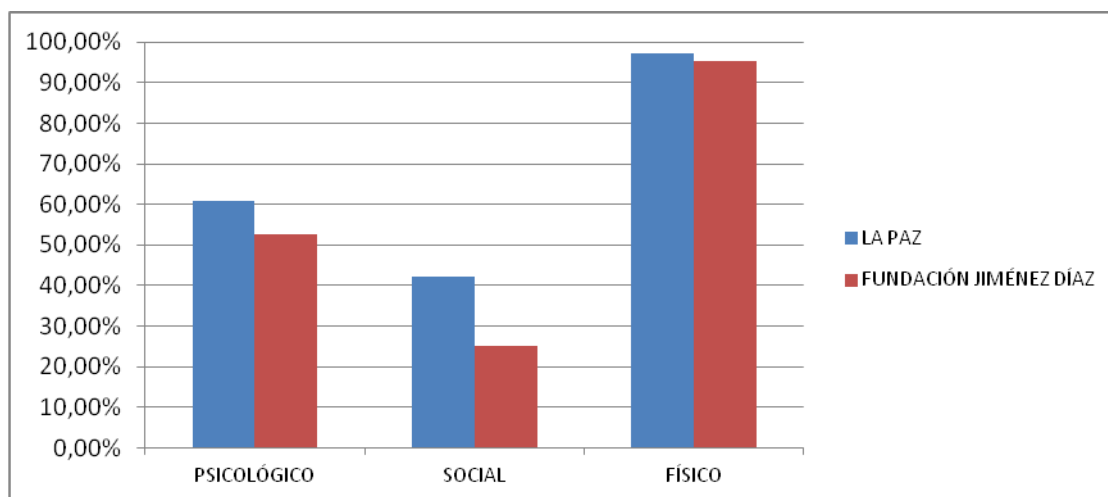


Gráfico 69. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Cuidar.

el Gráfico 69 aparecen diferencias significativas en *psicológico*, *social* y *físico*, donde los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz manifiestan que las enfermeras cuidan buscando el bienestar psicológico y social del paciente, le apoyan, y animan, para lograr su recuperación.

A la vista de los resultados, de los cuidados bio-psico-sociales que las enfermeras realizan, podemos decir, que los estudiantes que participan en nuestro estudio manifiestan que las enfermeras cuidan, buscando el bienestar psicológico del paciente, le apoyan y animan y, también, buscan el bienestar social del paciente y con sus cuidados pretenden conseguir que la persona recupere la máxima salud que sea posible.

Resultados Centro-Ejercicio profesional

Al relacionar la variable Centro de Estudios, y la categoría Ejercicio profesional, con el fin de conocer si existían diferencias significativas, entre los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, como podemos ver en el Gráfico 70 hemos encontrado diferencias significativas en *actividades*, *cargas de trabajo*, *circunstancias de cuidar*, *concepciones teóricas*, *dar cuidados*, *enseñar sobre la salud*, *gestionar*, *nº de años*, *otras unidades*, *proceso de*

enfermedad y promoción, prevención, autocuidado. Respecto a estas cuestiones los estudiantes dicen que las enfermeras no pueden administrar los cuidados individualizados

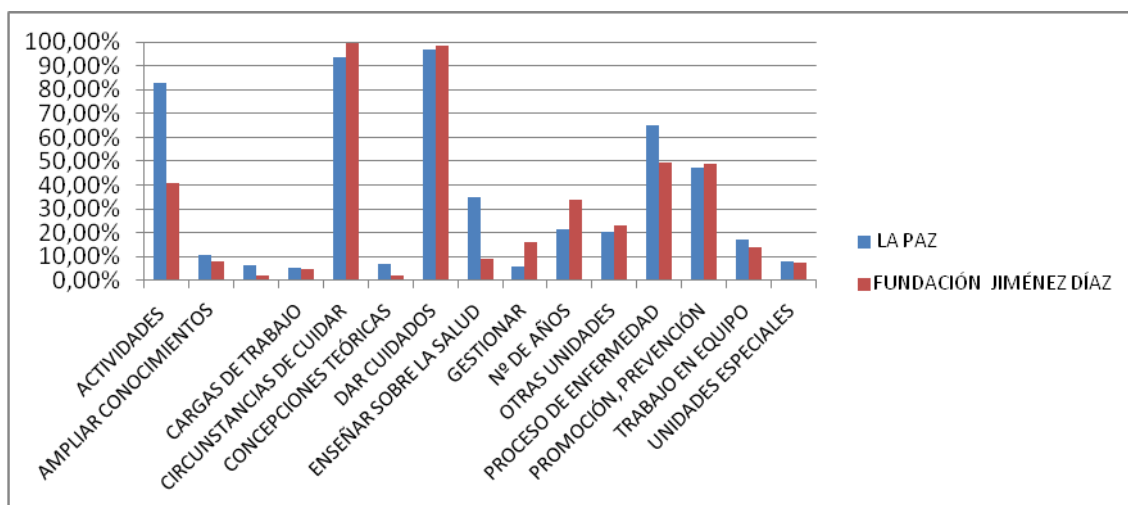


Gráfico 70. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Ejercicio profesional.

esperados, por el aumento de la asignación de pacientes por enfermera; que enseñan a las personas para que adquieran hábitos y estilos de vida saludables; que administran cuidados, utilizando su conocimiento y pericia, sabiendo el qué hacer y para qué, buscando el bienestar del otro; que contemplan, desde el marco conceptual de la enfermería, a la persona como un ser bio-psico-social en interacción con su entorno y, asumen, su cuidado desde estas dimensiones; que gestionan los cuidados asumiendo responsabilidades, algunas veces de otros, para lograr un buen funcionamiento de la unidad de enfermería; que llevan años ejerciendo la profesión de enfermería, los mismos que lleva ejerciendo la enfermera de su historia; que la enfermera realiza su actividad cuidadora a lo largo del proceso de la enfermedad; que han trabajado en distintas unidades de hospitalización; que enseñan a la persona a obtener estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad, a la vez, que la animan y apoyan para que realice su autocuidado.

Con estos resultados, podemos decir que los estudiantes de enfermería de La Paz y los estudiantes de enfermería de la Fundación Jiménez Díaz, manifiestan que las enfermeras desempeñan distintas actividades el ejercicio del cuidado. Una de ellas, es enseñar a las personas a adquirir hábitos y estilos de vida saludables, dirigidos a prevenir y mejorar la salud, en cualquier la circunstancia. Otras de estas actividades, son cuidar, utilizando sus conocimientos y pericia, sabiendo el qué hacer y para qué y, buscando, el bienestar de las personas. También, gestionan los cuidados y asumen sus responsabilidades a lo largo del

proceso de la enfermedad. Además, desde su concepción teórica de la enfermería, las enfermeras contemplan a la persona como un ser bio-psico-social en interacción con su entorno y, asumen su cuidado desde estas tres dimensiones. A su vez, manifiestan las dificultades que encuentran las enfermeras, para administrar los cuidados esperados, por estar las plantillas muy justas y, haber aumentado, la asignación de pacientes por enfermera. No obstante, a pesar de las dificultades, se esfuerzan por ayudar y cuidar a todos los pacientes.

Cómo lo hace

La enfermera para dar cuidados, además de utilizar sus conocimientos se apoya en diversas técnicas tanto metodológicas, de comunicación relación, como instrumentales. Las categorías que comprende son: Instrumento y Relacionado con la profesión.

Resultados Centro- Instrumento

Para conocer, si existían diferencias significativas, entre los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, sobre los aspectos relacionados, con los instrumentos que la enfermera utiliza en el ejercicio del cuidado, relacionamos, la variable Centro de Estudios y la categoría Instrumento.

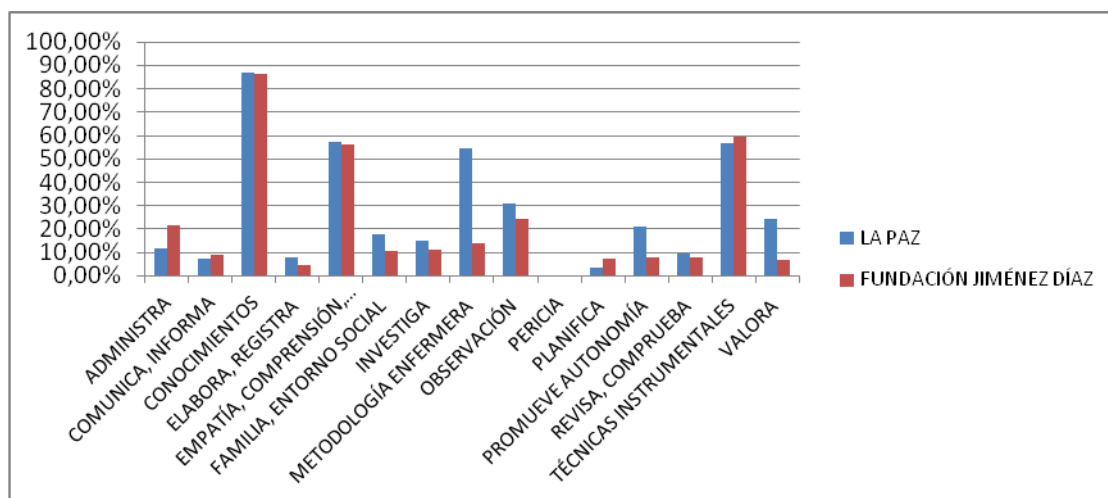


Gráfico 71. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Instrumento.

Como podemos ver en el Gráfico 71, que representa la variable Centro y la categoría Instrumento, aparecen diferencias significativas en, *administra; empatía comprensión, apoyo, escucha activa; familia, entorno social; investiga; metodología enfermera; observación; promueve autonomía; relación terapéutica; técnicas instrumentales y valora*. En esta categoría los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, expresan que las enfermeras administran cuidados, para cubrir las necesidades terapéuticas (medicación,

estados de ánimo, problemas sociales, fomentar la salud, etc.) y, realizar procedimientos diagnósticos, y terapéuticos; que poseen habilidades de comunicación-relación, de apoyo y comprensión del otro; que apoyan y ayudan al paciente y familia; que realizan investigaciones en su campo disciplinar para mejorar sus prácticas cuidadoras y conseguir mayores niveles de salud de las personas que cuidan; que utilizan el proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), en el ejercicio del cuidado; que utilizan la observación en la evolución y seguimiento del estado del paciente, permaneciendo en alerta a cualquier cambio; que las enfermeras ayudan a los pacientes que cuidan a adquirir autonomía; que las enfermeras establecen una relación de confianza con los pacientes que cuidan; que utilizan protocolos de actuación establecidos (constantes, curas, analíticas, cultivos...), y se ayudan con nuevas tecnologías; que valoran el estado del paciente, recogen información sobre la salud de las personas, familia y comunidad con el fin de contribuir al diagnóstico.

Con estos resultados sobre las manifestaciones expresadas por los estudiantes de enfermería de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, sobre los conocimientos, habilidades, técnicas y procedimientos que las enfermeras utiliza en el desempeño de su profesión, afirmamos que las enfermeras administran cuidados, para cubrir las necesidades terapéuticas, de las personas que atienden. Para ello, utilizan el proceso de atención de enfermería, junto, con la observación, dos herramientas necesarias para hacer el seguimiento y la evolución del paciente, vigilando los cambios, que éste experimente. Además, de ayudar al paciente, a adquirir autonomía, ayudan a su familia, dándole apoyo y comprensión. Por otro lado, investigan, sobre los aspectos que atienden, con el fin de mejorar sus prácticas cuidadoras y conseguir, mayores niveles de salud de las personas que cuidan y, a su vez, aumentar el cuerpo de conocimientos disciplinar.

Resultados Centro- Relacionado con la profesión

Al relacionar la variable Centro de Estudios y la categoría Instrumento, como podemos ver en el Gráfico 72, hemos encontrado diferencias significativas en, *apoyo paciente y familia; conseguir bienestar del otro; contacto con el sufrimiento; devolver la esperanza; hacer sonreír al otro; logros positivos y sacrificio por los otros*. Los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, manifiestan que las enfermeras están al lado del paciente y familia, dándoles su apoyo; que ayudan a los pacientes a conseguir el máximo bienestar y, sienten satisfacción personal, cuando el paciente lo ha conseguido; que ayudan al paciente a llevar la

enfermedad y le acompañan al final de la vida para que, de alguna manera, acepte la enfermedad de la mejor forma posible y consiga tener una muerte digna; que ayudan a las personas que cuidan a conseguir nuevas expectativas de vida, orientar su vida y vislumbrar un futuro; que se implican para que el paciente sonría, se distraiga de sus pensamientos y consiga relajarse al sonreír y avance positivamente en la recuperación de su salud; que atienden a otros, en momentos muy difíciles, es una profesión dura y exige sacrificio.

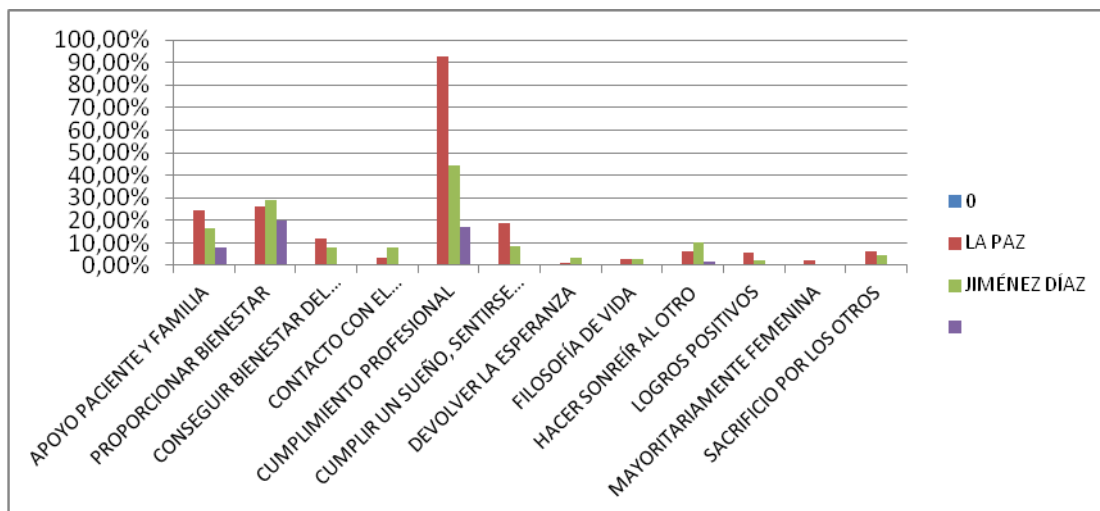


Gráfico 72. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Relacionado con la profesión.

Estos resultados nos llevan a decir que los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz manifiestan que las enfermeras están al lado del paciente y familia, ayudando al paciente a conseguir el máximo bienestar y, sienten satisfacción personal, cuando el paciente lo ha conseguido. También, ayudan a las personas que cuidan a conseguir nuevas expectativas de vida, a orientar su vida y a vislumbrar un futuro. Por otra parte, intentan que las personas sonrían, se distraigan de sus pensamientos, y avancen positivamente en la recuperación de su salud. A su vez, las enfermeras atienden a las personas en momentos muy difíciles, es una profesión dura, que exige sacrificio. Además, ayudan a llevar la enfermedad y acompañan al final de la vida y a aceptar la enfermedad y a que consiga tener una muerte digna.

Qué pretende

Este apartado de la Pentada recoge los logros que debe conseguir la persona enferma con la ayuda de la enfermera.

Resultados Centro-Metas

Como podemos ver en el Gráfico 73 la representación de la variable agrupadora Centro de estudios con la categoría Metas y como podemos ver existen algunas diferencias entre los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz en *acompañar; ampliar*

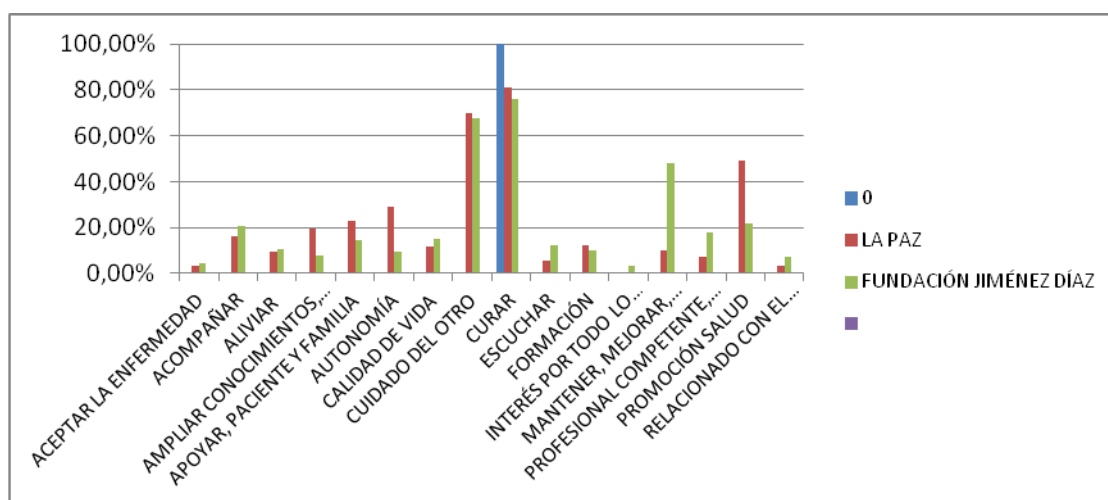


Gráfico 73. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Metas.

conocimientos, investigar; apoyar, paciente y familia; autonomía; apoyar, paciente y familia; autonomía; cuidado del otro, escuchar; interés por todo lo relacionado con la salud; mantener, mejorar, prevenir; profesional competente; promoción salud; relacionado con el trabajo. Donde los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, manifiestan que las enfermeras, están al lado del paciente, ayudándole a soportar la enfermedad y, hacer más llevadero el sufrimiento; que pretenden ampliar sus conocimientos, para ayudar a la profesión a ser independiente y, a su vez, estar con el paciente y familia dándoles protección; que buscan la autonomía del paciente y su autonomía profesional; que pretenden cuidar en sentido amplio (ayudando, enseñando, supliendo y protegiendo); que escuchan activamente a las personas que cuidan; que tienen interés en adquirir los conocimientos sobre la salud; que pretenden mantener y/o mejorar la salud y, prevenir la enfermedad; que aspiran a ser grandes

profesionales del cuidado; que pretenden que la población que atienden consiga buenos hábitos de vida; que las enfermeras desean realizar bien su trabajo.

Como acabamos de ver los estudiantes han manifestado que las metas que pretenden alcanzar las enfermeras en el ejercicio del cuidado son, apoyar y acompañar al paciente, en todo el proceso de la enfermedad, cuidándole y permaneciendo a su lado, para hacerle más llevadero el sufrimiento. Que intentan y ayudan para que las personas conserven su salud y, por este motivo, para conseguirlo, realizan la prevención de la enfermedad con la educación para la salud. Además, se esfuerzan, por ampliar sus conocimientos y mejorar sus prácticas cuidadoras, siendo profesionales competentes y llegando a conseguir su autonomía profesional.

En qué circunstancias

Pregunta sobre el lugar donde la enfermera realiza la actividad, por tanto, la categoría es el Escenario y la configura el Hospital, Centro de Salud, Escuelas de Enfermería, Residencias y Otros.

Resultados Centro-Escenario

Con el fin de saber, si existían diferencias significativas, entre los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, sobre los aspectos relacionados con el hospital, centro de salud, etc., donde las enfermeras realizan el cuidado, relacionamos, la variable Centro de Estudios y la categoría Escenario, como podemos ver en el Gráfico 74, aparecen diferencias significativas en, *centro de salud; escuelas de enfermería; hospital; otros y residencias*. Donde los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, expresan que las enfermeras, realizan su actividad en Atención Primaria; en los hospitales; en diferentes centros asistenciales; en residencias de ancianos o de personas con discapacidad intelectual dependientes; que estudian en escuelas de enfermería.

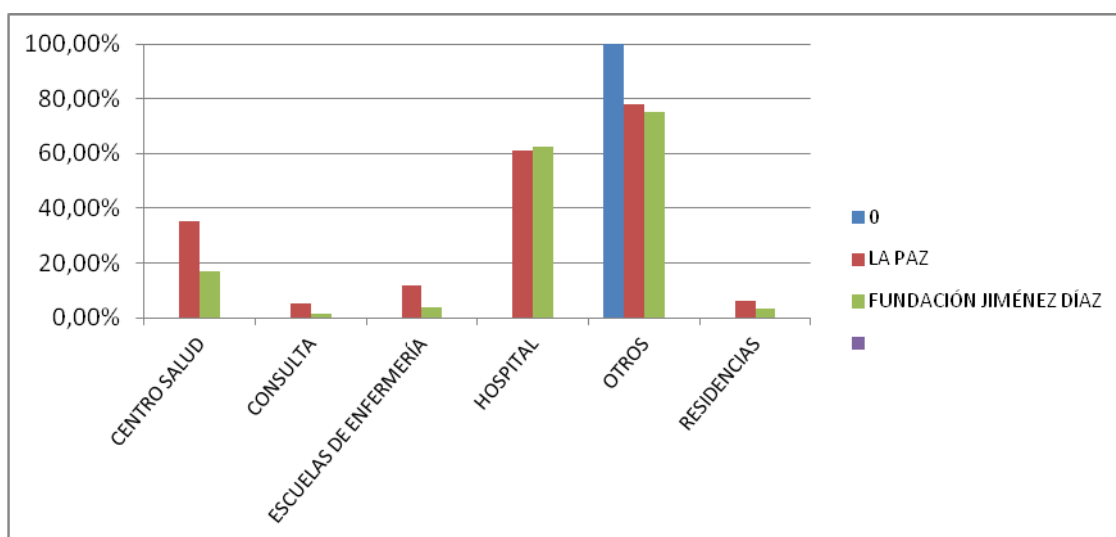


Gráfico 74. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Escenario.

Estos resultados nos llevan a decir que los estudiantes de enfermería manifiestan que las enfermeras ejercen el cuidado en Atención Primaria con actividades de seguimiento, información y formación a la población. En los hospitales, residencias de ancianos, centros de discapacidad intelectual, en colegios, empresas, etc. Además de colaborar, con organizaciones, ayudando y enseñando estilos de vida saludables, también, acuden, si es necesaria su presencia, a distintos lugares del mundo.

6.1.1.2. Resultados Centro – Reflexiones

Para saber si existían diferencias significativas, entre los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz sobre los aspectos relacionados con las conceptualizaciones sobre el cuidado, que las enfermeras realizan, relacionamos la variable Centro de Estudios y la categoría Reflexiones, (ver Gráfico 75) hemos encontrado diferencias significativas en *DUDAS*,

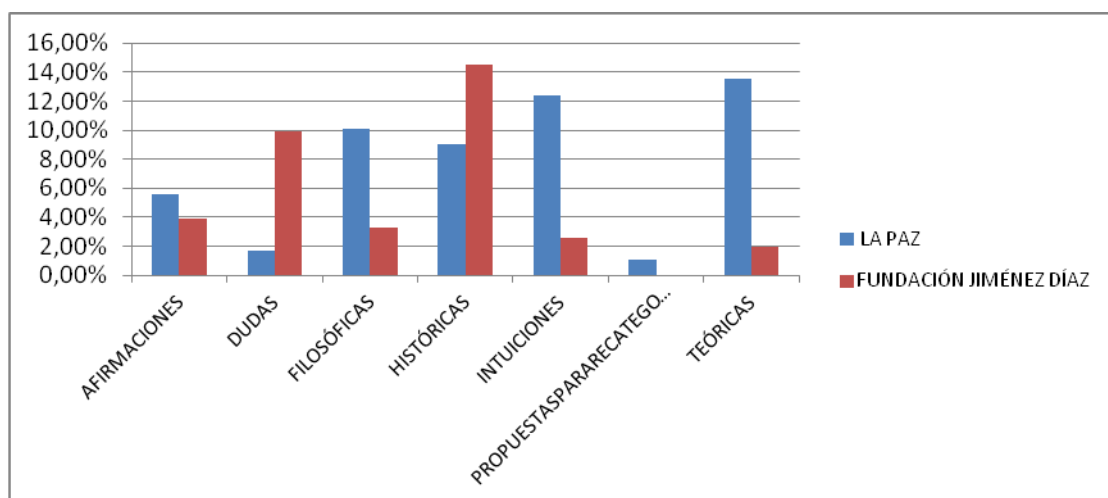


Gráfico 75. Relación entre la variable agrupadora Centro de Estudios y la categoría Reflexiones.

FILOSÓFICAS, HISTÓRICAS, INTUICIONES y TEÓRICAS. Donde las estudiantes de La Paz y las estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz dicen que las enfermeras tienen dudas en relación con la elección de la enfermería como profesión, ya que, se diplomaron en enfermería después de haberla elegido en segunda opción, porque, su primera opción fue medicina; que las enfermeras tratan de ayudar a las personas desde una visión bio-psico social en interacción con el entorno, buscando la autonomía profesional y desarrollando un cuerpo de conocimientos disciplinares propio; que las enfermeras en su trayectoria profesional pasan por distintos hospitales y centro de salud, que, algunas, deseaban ser enfermeras desde la infancia y otras aprendieron a querer y valorar la enfermería; que las enfermeras no se sienten satisfechas con la profesión, les gusta realizar técnicas y procedimientos, sin priorizar el cuidado del otro; aunque, se esfuerzan por aprender a querer la enfermería, siguen añorando el deseo de ser médicos; que las enfermeras inician su ejercicio profesional con muchas ganas y van aumentando su experiencia y conocimiento en el cuidado del otro.

Con los resultados, podemos decir, que algunas enfermeras tienen dudas respecto a su profesión, como consecuencia de haber elegido la medicina en primera opción y, al no conseguirlo, estudiaron enfermería, aunque, por un lado, manifiestan sentirse satisfechas y querer a la enfermería, por otro, tienen dudas entorno a su deseo de ser médicos. Además, las enfermeras desde su filosofía viven la enfermería como una profesión de ayuda al otro y, conciben a la persona como un ser biológico psicológico y social en interacción con el entorno, al que ayudan a lograr su autonomía en las actividades de la vida diaria. A su vez, las enfermeras buscan su autonomía profesional, algunas, deseaban ser enfermeras desde la infancia y otras aprendieron a querer y valorar a la enfermería. Por otra parte, hay enfermeras que iniciaron su ejercicio profesional con muchas ganas y, han ido aumentando su experiencia y conocimiento en el cuidado del otro. También, tienen el sentimiento de no ser reconocidas

profesionalmente por la sociedad. Por este motivo, se esfuerzan por adquirir mayor formación y aplicar esos conocimientos al cuidado, con el fin de lograr mayor reconocimiento profesional.

Seguidamente presentaremos los resultados obtenidos al relacionar la variable agrupadora curso en el que se encuentran los estudiantes.

6.1.2. Relación entre la variable agrupadora Curso de la Diplomatura de Enfermería y cada una de las categorías asignadas a los textos

Con el fin de conocer si en los relatos, tanto de la Pentada Dramatúrgica, como los correspondientes a la historia de la enfermera, existían diferencias significativas, entre los estudiantes de primero, segundo, y tercero de enfermería, hemos relacionado la variable Curso, con cada una de las categorías asignadas a los textos.

6.1.2.1. Pentada Dramatúrgica

Para el análisis de la variable agrupadora Curso, también, seguiremos la misma línea de análisis que la llevada a cabo con la variable agrupadora Centro, en la Pentada Dramatúrgica vamos a incluir, las mismas categorías y los mismos códigos, que hemos establecido para el análisis.

Conviene recordar que la variable agrupadora Curso incluye a los estudiantes de primero, de segundo y de tercero de La Paz y de la Fundación Jiménez Díaz.

De la misma forma, comenzaremos por la primera pregunta de la pentada, sobre quién es la enfermera, y continuaremos con las cuatro restantes.

Quién es

Comprende las categorías, Atributos, Atuendo, Creencias, Disposición, Sentimientos de la Enfermera, Género, Identificación con la profesión y Relacionado con el médico.

Resultados Curso-Atributos

Para saber, si existían diferencias significativas, entre los estudiantes de primero, segundo y tercero de enfermería de dos escuelas, sobre los aspectos relacionados con los atributos, que se la otorgan a la enfermera, hemos relacionado la variable Curso con la categoría atributos.

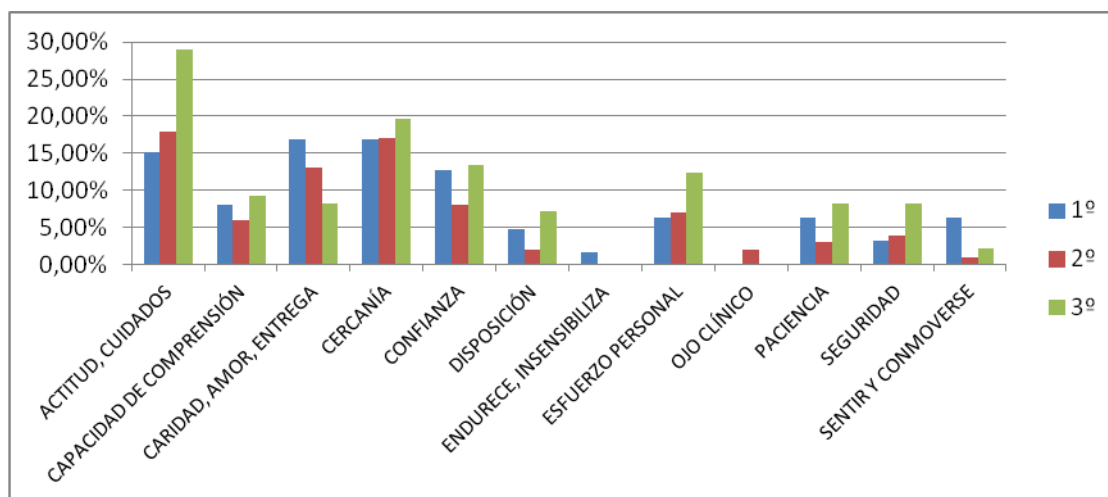


Gráfico 76. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Atributos.

Para conocer, si en las manifestaciones de los estudiantes de enfermería de primer curso, de segundo y de tercero, sobre los atributos, que otorgan a la enfermera, existen diferencias entre ellos, relacionamos la variable Curso, con la categoría Atributos (ver Gráfico 76). Hemos encontrado diferencias significativas en *actitud, cuidados; capacidad de comprensión; caridad, amor, entrega; cercanía; confianza; esfuerzo personal; seguridad; sentir y conmovearse; transmite paz, calidez, relaja*. Donde, los estudiantes de los tres cursos de enfermería dicen que las enfermeras deben tener una actitud favorable hacia el cuidado; deben comprender a las personas que cuidan; deben mostrar hacia sus pacientes caridad, amor, entrega, entendidos como la máxima expresión de entrega hacia el otro; deben mostrarse cercanas con las personas que cuida; debe transmitir confianza a las personas que cuidan; deben esforzarse conseguir cuidados excelentes y controlar situaciones críticas; debe transmitir seguridad en el ejercicio del cuidado; deben mostrar emociones hacia las personas que cuidan.

Con estos resultados, podemos decir, que los estudiantes de los tres cursos de enfermería, manifiestan que lo esperado de las enfermeras, es que tengan una actitud favorable hacia el cuidado. Consideran importante, que las enfermeras se esfuercen por comprender a las personas que cuidan. A la vez, esperan que muestren, caridad, amor y entrega, hacia sus pacientes, por entender, que estos atributos, son la máxima expresión de

entrega, hacia el otro. Por otra parte, esperan, que mantengan una actitud de cercanía con las personas cuidadas, de manera, que se eliminen las barreras en la comunicación, enferma-paciente, facilitando la expresión de sentimientos, que los ayude a disminuir el sufrimiento. También, esperan que las enfermeras transmitan confianza y seguridad las personas que cuidan.

Resultados Curso -Atuendo

Al relacionar la variable agrupadora Curso con la categoría Atuendo (ver Gráfico 77), hemos encontrado diferencias significativas en *pelo recogido* y *uniforme*. Donde, los estudiantes de primero y segundo manifiestan que las enfermeras deben de llevar el pelo recogido en el ejercicio del cuidado. Por otra parte, los estudiantes de primero, dicen que a la enfermera, en algunas ocasiones, se le representa con una vestimenta que no es apropiada para el ejercicio del cuidado.

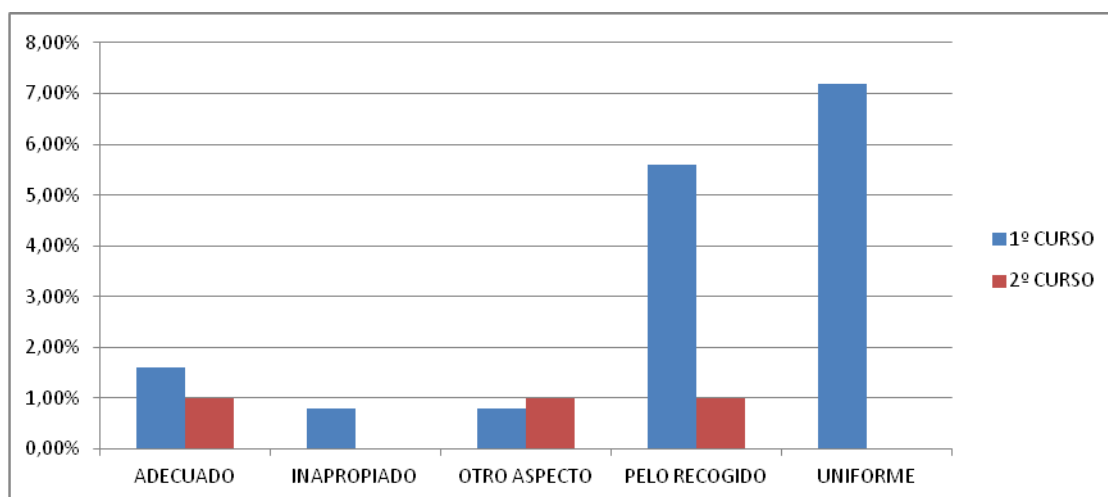


Gráfico 77. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Atuendo.

Con estos resultados, podemos decir, que los estudiantes de primero y segundo curso manifiestan que las enfermeras deben de llevar el pelo recogido, en el ejercicio del cuidado. Sin embargo, solamente, los estudiantes de primero hacen referencia al uniforme y, dicen que en muchas ocasiones, se representa a las enfermeras con una vestimenta que no es apropiada para el ejercicio del cuidado. Por tanto, podemos decir, que en los primeros cursos de la formación están muy presentes, aspectos identitarios, que han marcado considerablemente el modo de configurar la representación de la enfermera y, a medida, que se produce su socialización en las instituciones académicas, y hospitalarias, van dejando de otorgarle importancia.

Resultados Curso –Creencias

Quisimos conocer, si a medida, que los estudiantes van pasando de un curso a otro, las percepciones que tenían, relacionadas con lo que significa la enfermería como profesión, se han modificado.

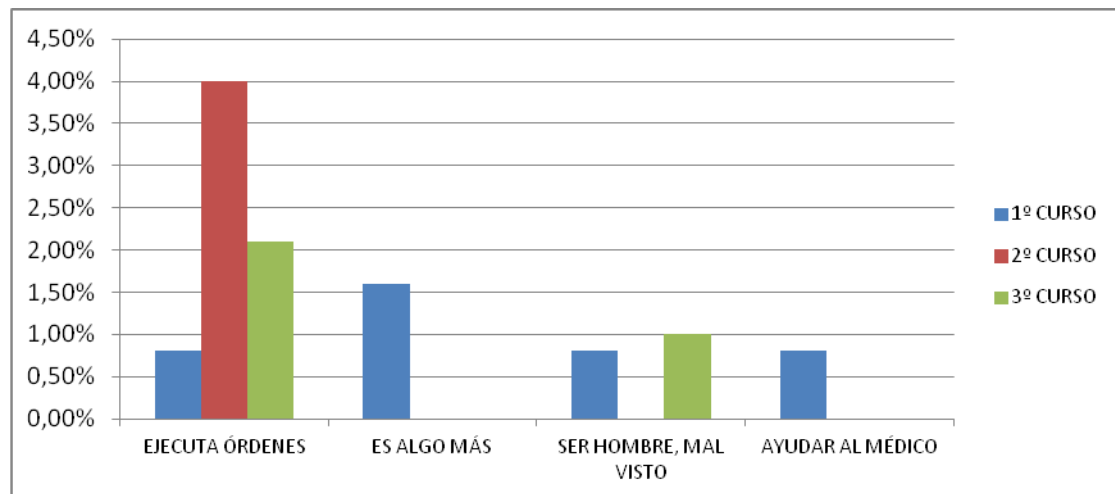


Gráfico 78. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Creencias.

Como podemos ver en el Gráfico 78, que representa la variable Curso, relacionada con la categoría Creencias, donde, hemos encontrado diferencias significativas en *ejecuta órdenes* y *ayudar al médico*. Donde, los estudiantes de los tres cursos de enfermería, manifiestan que las enfermeras ejecutan las órdenes del médico, en el ejercicio del cuidado. Por otra parte, solamente, los estudiantes de primero manifiestan que las enfermeras ayudan al médico, en su ejercicio profesional

Con estos resultados, opinamos, que los estudiantes de primero, segundo y tercero de la Diplomatura de Enfermería, creen que las enfermeras ejecutan las órdenes dadas por el médico. Por otro lado, los estudiantes de primero creen, que las enfermeras ayudan al médico y, sin embargo, como hemos visto los estudiantes de tercero no hacen ninguna manifestación en relación con a ello. Por tanto, podemos pensar que las percepciones y creencias, sobre ciertos aspectos de la enfermería, al avanzar de curso se modifican. Puesto que, como hemos visto, en ayudar al médico, solamente, lo manifiestan los estudiantes de primero.

Resultados Curso –Disposición/Vocación

Hemos relacionado la variable Curso, con la categoría Disposición/Vocación, con el fin de conocer, las manifestaciones de los estudiantes de enfermería, de cada uno de los cursos de la Diplomatura, y si existen diferencias entre ellos.

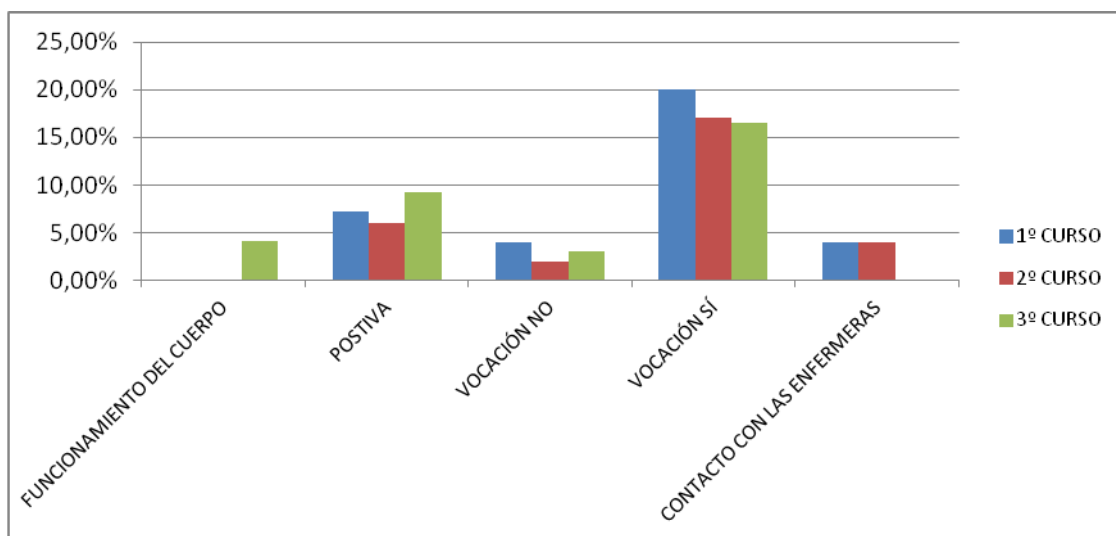


Gráfico 79. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Disposición/Vocación.

En el Gráfico 79 que representa la variable Curso, relacionada con la categoría Disposición hacia la Enfermería, hemos encontrado diferencias significativas en *interés por el funcionamiento del cuerpo* donde, los estudiantes de tercero manifiestan que las enfermeras eligieron estudiar enfermería, por el interés que tenían, por conocer los aspectos relacionados con el funcionamiento del cuerpo humano. En *vocación sí*, los estudiantes primero, los de segundo y los de tercero, manifiestan que las enfermeras, desde la infancia, deseaban llegar a ser enfermeras en algunos casos y, en otros, eligieron la enfermería al conocer el modo de hacer las enfermeras en el cuidado.

Con estos resultados, decimos, que los estudiantes de tercero de enfermería expresan que eligieron estudiar enfermería, para conocer los aspectos relacionados con el funcionamiento del cuerpo humano. En cambio, los estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura, dicen que las enfermeras desde la infancia deseaban ser enfermeras, en algunos casos, en otros la eligieron después de haber estado en un hospital en contacto con ellas. Por todo lo anterior, podemos decir, que los estudiantes de enfermería de los tres cursos de la diplomatura, manifiestan que las enfermeras eligieron su profesión por vocación, bien, por haber visto a las enfermeras dando cuidados y/o, por el interés en conocer los aspectos relacionados con el funcionamiento del cuerpo humano.

Resultados Curso –Sentimientos de la Enfermera

Para saber, las opiniones de los estudiantes de enfermería, de cada uno de los cursos de la Diplomatura y, si existen diferencias entre ellos, sobre los sentimientos que las enfermeras tienen sobre su profesión, hemos relacionado la variable Curso con la categoría Sentimientos de la Enfermera.

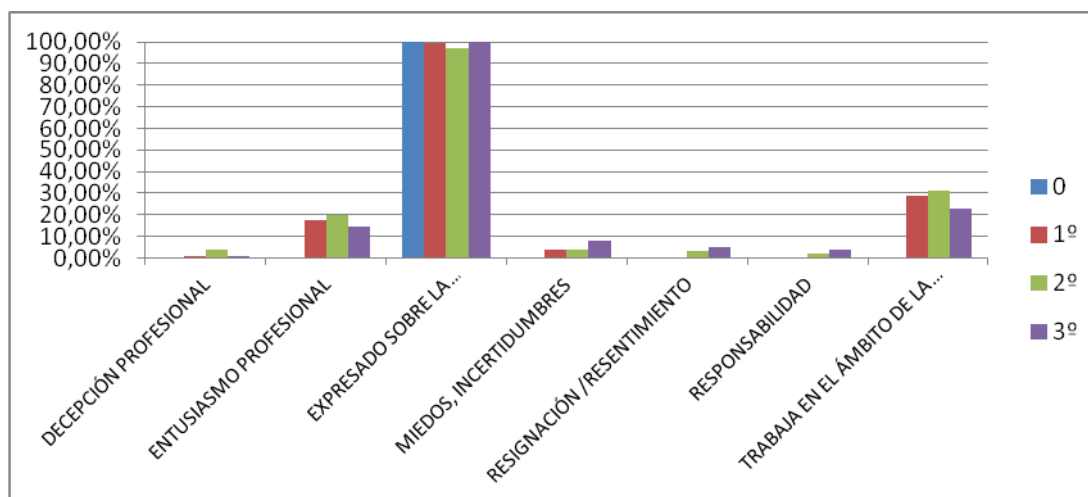


Gráfico 80. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Sentimientos de la Enfermera.

Al relacionar la variable Curso, con la categoría Sentimientos de la Enfermera (ver Gráfico 80) hemos encontrado diferencias significativas en *resignación* donde, los estudiantes de segundo curso y los de tercero, expresan, sentimientos de aceptar la elección de la enfermería como profesión, cuando su deseo principal, era ser médico. En *responsabilidad* los estudiantes de segundo y los de tercero manifiestan que las enfermeras asumen la responsabilidad de las actividades que realizan, con una actitud positiva. En *trabaja en el ámbito de la salud*, los estudiantes de primero, los de segundo y los de tercero, dicen que la enfermera es la persona que desarrolla su actividad, en el ámbito de las ciencias de la salud.

En relación a las manifestaciones, que los estudiantes de los tres cursos de enfermería hacen, a cerca de, cómo piensan y sienten las enfermeras sobre los aspectos concernientes al ejercicio del cuidado. Podemos decir, que los estudiantes de segundo y los estudiantes de tercero, dicen que las enfermeras, asumen, la responsabilidad de las actividades que realizan y, se implican en lograrlas, manteniendo una actitud positiva. A su vez, los estudiantes de primero, de segundo y de tercero de enfermería dicen que la enfermera, es la persona que trabaja o desarrolla su actividad en el ámbito de las ciencias de la salud.

Resultados Curso –Género

Para conocer, si los estudiantes de cada uno de los cursos de la Diplomatura de enfermería, utilizan el femenino o el masculino, cuando nombran a la enfermera y si existen diferencias entre ellos, hemos relacionado la variable Curso con la categoría Género, como podemos ver en el Gráfico 81, donde aparecen diferencias significativas en *femenino* al utilizar los estudiantes de primer curso, los de segundo y los de tercero en sus textos el término “enfermera”, para referirse al profesional que cuida. Esto mismo ocurrió, como vimos en el Capítulo 4, en la representación de la enfermera o enfermero que estos estudiantes eligieron, mayoritariamente, la figura de la enfermera.

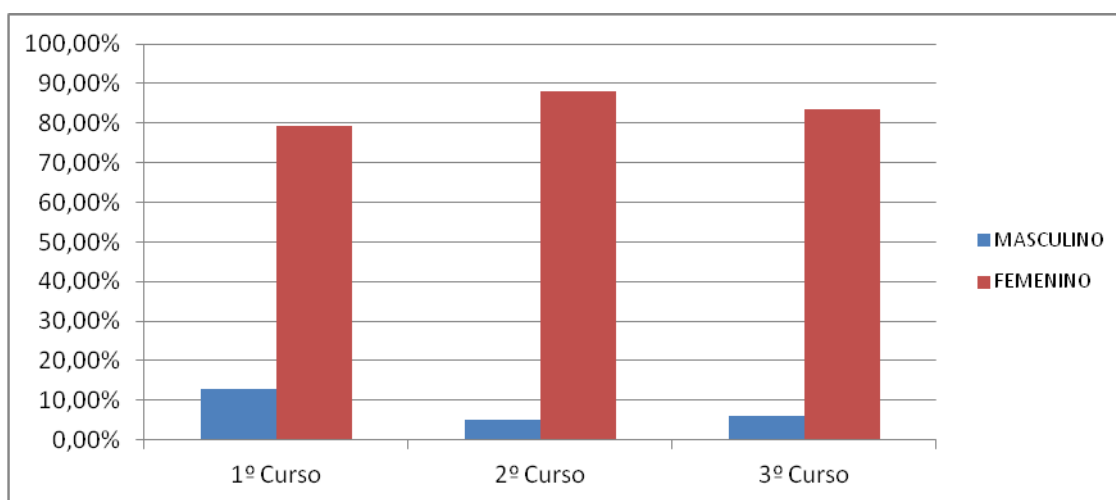


Gráfico 81. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Género.

Estos resultados nos llevan a decir que los estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería utilizan, mayoritariamente, el término “enfermera” para referirse al profesional que imparte cuidados.

Resultados Curso - Identificación con la profesión

Quisimos conocer las manifestaciones que los estudiantes, de cada uno de los cursos de la Diplomatura de enfermería tenían, sobre las expresiones que las enfermeras refieren a cerca de su profesión y, si existen diferencias entre los tres cursos.

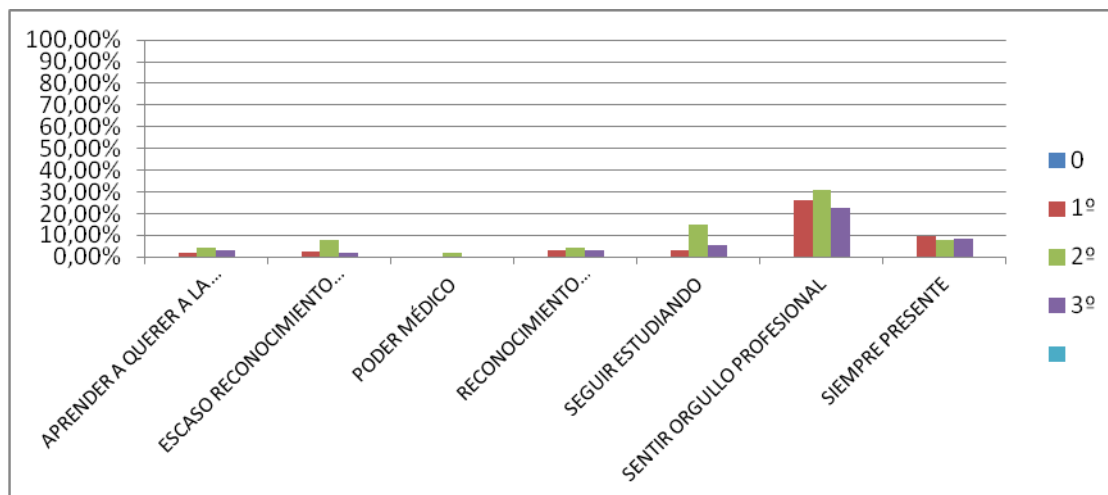


Gráfico 82. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Identificación con la profesión.

Como podemos ver en el Gráfico 82, que representa la variable Curso relacionada con la categoría Identificación con la profesión, emergen diferencias significativas en *seguir estudiando*, donde los estudiantes de primero, los de segundo y los de tercero, dicen que las enfermeras tienen la necesidad de seguir estudiando, para ampliar sus conocimientos y, encontrar algo que las satisfaga profesionalmente. En *sentir orgullo profesional*, los estudiantes de primero, de segundo y los de tercero, manifiestan que las enfermeras están conformes con su profesión y se sienten orgullosas de ser enfermeras.

Con estos resultados podemos decir, por un lado, que los estudiantes de los tres cursos de enfermería, declaran, que las enfermeras tienen la necesidad de seguir estudiando, para ampliar sus conocimientos y, encontrar, un espacio de satisfacción profesional. Por otro, añaden, que las enfermeras están conformes con su profesión y se sienten orgullosas de ser enfermeras. Por lo cual, como creíamos, se ponen de manifiesto, algunas de las contradicciones, existentes en esta profesión, donde, por una parte, se presenta la necesidad de seguir estudiando, y ampliar conocimientos, para encontrar un espacio de satisfacción y reconocimiento profesional y, por otra, aparece que, algunas enfermeras, están conformes con su profesión y, se sienten orgullosas de serlo. Con relación a lo que acabamos de decir, pensamos, que estando conformes con la profesión de enfermera, y orgullosas de serlo, esto, no es óbice, para saber de la baja consideración con la que cuenta.

Resultados Curso – Relacionado con el Médico

Para conocer las opiniones de los estudiantes, de cada uno de los cursos de la Diplomatura de enfermería, sobre los aspectos relacionados con el médico y la medicina, relacionamos la variable agrupadora Curso, con la categoría Relacionado con el Médico, con el fin de comprobar, si existen diferencias, entre, cada uno de los cursos.

Como podemos ver en Gráfico 83, que representa la variable Curso relacionada con la categoría Relacionado con el médico, hemos encontrado diferencias significativas en *colabora*, donde los estudiantes de primero, los de segundo y los de tercero, manifiestan que las enfermeras, colaboran con el médico, le avisan cuando la situación del paciente lo requiere, y son el enlace entre el paciente y, el médico. En *deseo, aspiración, sueño de ser médico*, los estudiantes de primer curso y los de tercero de enfermería, manifiestan que las enfermeras deseaban ser médicos, y por distintas circunstancias no lo consiguieron y, tuvieron que elegir la enfermería como profesión.

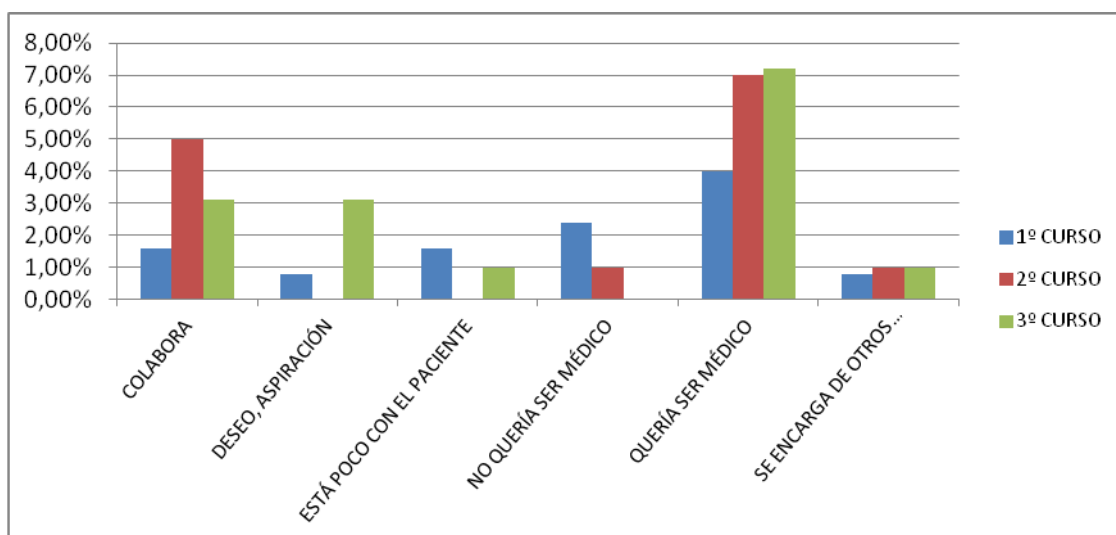


Gráfico 83. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Relacionado con el Médico.

Con los resultados, sobre cómo es la relación profesional del médico y la enfermera, podemos decir, que los estudiantes de enfermería de primero, segundo y tercero, manifiestan que las enfermeras son el enlace entre el paciente y el médico, colaboran con él y le avisan, cuando la situación del paciente lo requiere. Además, hemos visto, que, algunas enfermeras, aspiraban, ser médicos y, por circunstancias no lo consiguieron y, tuvieron que elegir la enfermería como profesión, con el tiempo, se sienten satisfechas en ella. Por tanto, sabemos que las enfermeras colaboran con el médico, están pendientes de lo que le pasa al paciente,

algunas, desearon ser médicos y, por distintas circunstancias, tuvieron que elegir ser enfermeras y aprender, de alguna manera, a valorar su profesión.

Qué hace

Aquí, hemos incluido las categorías Cuidar y Ejercicio profesional.

Resultados Curso –Cuidar

Para conocer las opiniones de los estudiantes de cada uno de los cursos de la Diplomatura de enfermería sobre los aspectos del Cuidar relacionamos la variable Curso con la categoría Cuidar con el fin de comprobar si existen diferencias entre los estudiantes de primero, de segundo y de tercer curso de enfermería.

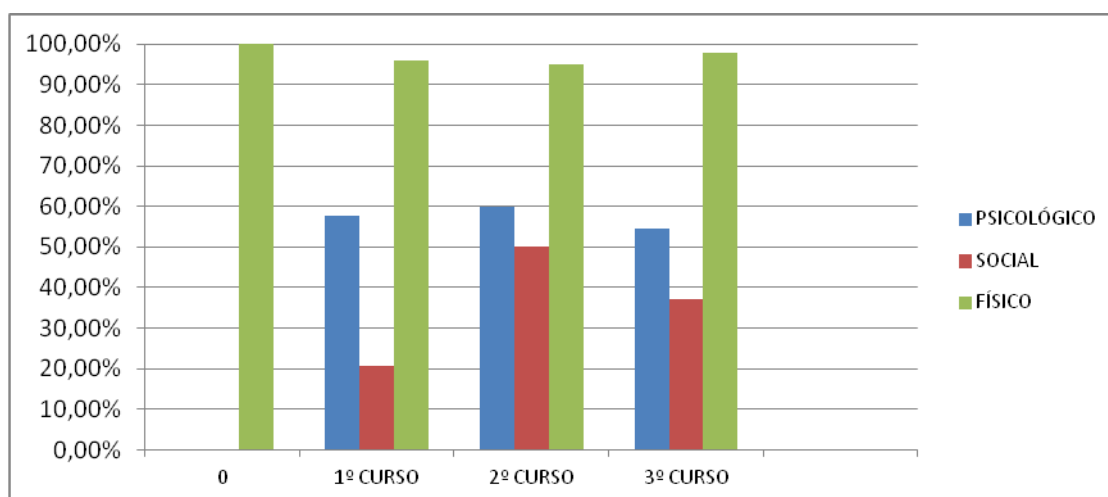


Gráfico 84. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Cuidar.

A la vista del Gráfico 84, que representa la variable Curso y la categoría Cuidar, aparecen diferencias significativas en *psicológico*, donde los estudiantes de los tres cursos, dicen que las enfermeras cuidan buscando el bienestar psicológico del paciente. En *social*, estos estudiantes expresan que las enfermeras cuidan buscando la mejoría social del paciente, lo ayudan en todo lo que necesita para conseguir su bienestar. En *físico* los estudiantes de los tres cursos, dicen que las enfermeras cuidan buscando la recuperación del paciente.

Con estos resultados, podemos decir, que los estudiantes de los tres cursos de enfermería de nuestro estudio, manifiestan que las enfermeras cuidan, dan apoyo, animan, buscan el bienestar psicológico, social y físico del paciente. Ya que, con sus cuidados intentan, que la persona alcance su máxima recuperación y consiga mejorar su bienestar.

Resultados Curso -Ejercicio profesional

Al relacionar la variable Curso con la categoría Ejercicio profesional con el fin de comprobar si existen diferencias entre los estudiantes de primero, de segundo y de tercer curso de enfermería, como se puede ver en el Gráfico 85, donde aparecen

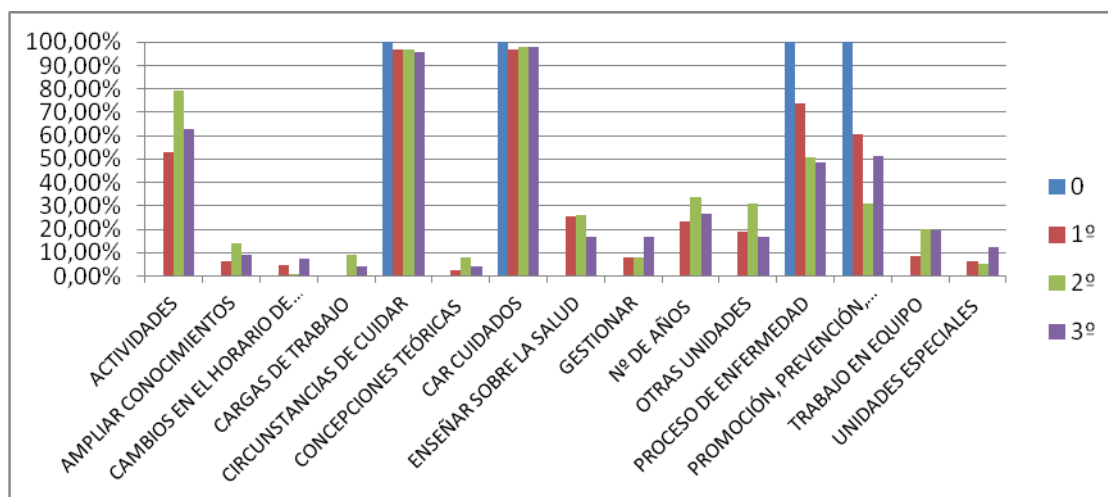


Gráfico 85. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Ejercicio profesional.

diferencias significativas en *actividades*; *ampliar conocimientos*; *concepciones teóricas*; *dar cuidados*; *enseñar sobre la salud*; *nº de años*; *otras unidades*; *proceso de enfermedad*; *promoción, prevención, autocuidado*. Al manifestar los estudiantes de primero, los de segundo y los de tercero que las enfermeras, llevan a cabo una serie de actividades en el ejercicio del cuidado; que deben seguir ampliando sus conocimientos para aumentar la calidad de los cuidados; que las enfermeras contemplan, desde el marco conceptual de la enfermería, a la persona como un ser bio-psico-social en interacción con su entorno; que las enfermeras, administran cuidados utilizando su conocimiento y pericia, sabiendo el qué hacer y para qué, buscando el bienestar del otro; que transmiten conocimientos y saberes, en todo lo relacionado con la salud; que la enfermera de su relato, lleva ejerciendo la profesión de enfermería muchos años; que han trabajado en distintas unidades de hospitalización de hospitales y centros asistenciales; que la enfermera realiza su actividad cuidadora a lo largo del proceso de la enfermedad; que las enfermeras, promueve en las personas estilos de vida saludables para prevenir la enfermedad. En *cargas de trabajo*, los estudiantes de segundo curso y los de tercero, expresan que las enfermeras no pueden administrar los cuidados deseados por el aumento de la ratio en la asignación de pacientes por enfermera.

Ante estos resultados, podemos decir, que los estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería, nos dicen que las enfermeras llevan a cabo una serie de actividades cuidadoras, a lo largo del proceso de la enfermedad, de las personas que atienden. Además, promueve en las personas hábitos y estilos de vida saludables, y dan cuidados utilizando sus conocimientos y, pericia, sabiendo el qué hacer, para qué hacer y, buscando el bienestar de la persona cuidada. Por otro lado, asumen el cuidado desde el marco conceptual de la enfermería, donde se contempla a la persona como un ser bio-psico-social en interacción con el entorno. A la vez, consideran que las enfermeras, deben seguir ampliando sus conocimientos, para crear un cuerpo de conocimientos enfermeros, que favorezca el desarrollo disciplinar y el progreso profesional. Por otro lado, nos dicen que las enfermeras no pueden administrar los cuidados deseados, debido al aumento de las cargas de trabajo, tanto, en unidades de hospitalización, como en centros de salud. No obstante, a pesar de las dificultades, se esfuerzan por ayudar y cuidar a todos los pacientes.

Cómo lo hace

En esta pregunta, incluimos las categorías, Instrumento y Relacionado con la Profesión que, en alguna medida, especifican las actividades que la enfermera realiza.

Resultados Curso – Instrumento

Para conocer, las manifestaciones de los estudiantes de cada uno de los cursos de la Diplomatura de enfermería, sobre los aspectos relacionados, con los instrumentos y técnicas, que utiliza la enfermera para cuidar, relacionamos, la variable Curso, con la categoría Instrumento, con el fin de comprobar si existen diferencias, entre los estudiantes de primero, de segundo y de tercer curso de enfermería.

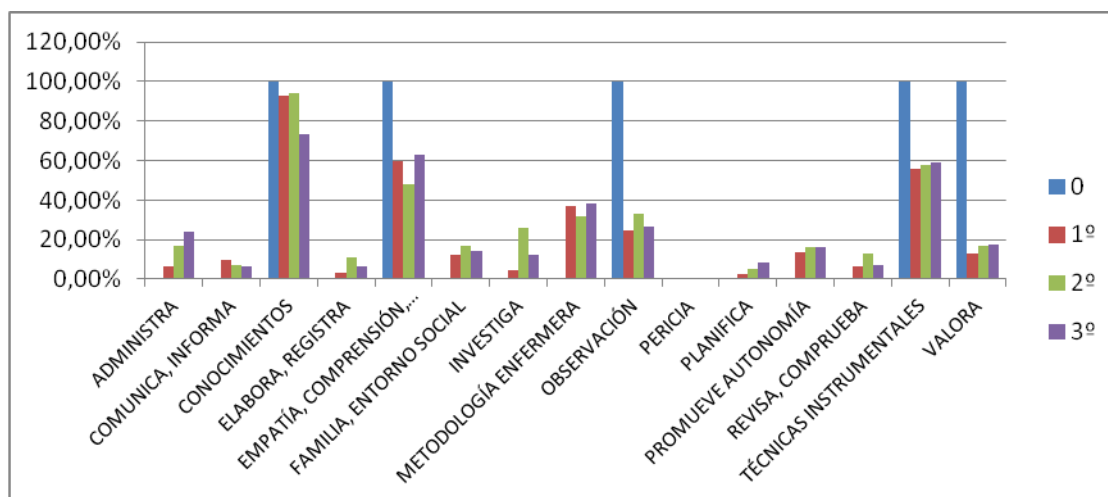


Gráfico 86. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Instrumento.

Como se puede ver en el Gráfico 86, que representa la variable Curso y la categoría Instrumento aparecen diferencias significativas en *administra; conocimientos; elabora, registra; empatía, comprensión, apoyo, escucha activa; familia, entorno social; investiga; metodología enfermera; Promueve autonomía; valora*. Donde los estudiantes de primer curso, los de segundo y los de tercero, manifiestan que las enfermeras administran cuidados, para cubrir las necesidades terapéuticas; que poseen amplios conocimientos de cuidados teóricos y prácticos, y, saben aplicarlos, según las circunstancias; que elaboran planes de cuidados y registran los datos de los pacientes, que cuidan; que poseen habilidades de comunicación-relación, de apoyo y comprensión del otro; que apoyan y ayudan al paciente y familia; que realizan investigaciones en su campo disciplinar, para mejorar sus prácticas cuidadoras y, conseguir mayores niveles de salud de las personas que cuidan; que utilizan el proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), en el ejercicio del cuidado; que ayudan a los pacientes que cuidan, a adquirir autonomía; que valoran el estado del paciente, recogen información sobre la salud de las personas, familia y comunidad con el fin de contribuir al diagnóstico.

A la vista de estos resultados, podemos decir que los estudiantes en sus relatos, cuentan, los procedimientos diagnósticos y, terapéuticos, que las enfermeras realizan, para cubrir las necesidades (medicación, estados de ánimo, problemas sociales, fomentar la salud, etc.), de las personas que cuidan. Además, dicen que utilizan el proceso de atención de enfermería, valoran el estado del paciente, recogen información sobre la salud de la familia y comunidad, emiten un diagnóstico y planifican actividades para su resolución. Por otro lado, reconocen que las enfermeras poseen habilidades de comunicación-relación, apoyo y comprensión del otro, y saben como aplicar sus conocimientos de cuidados, tanto, teóricos, como prácticos, adaptándolos a las circunstancias. También, afirman que apoyan y ayudan a los pacientes para que consigan la mayor autonomía posible y, a su vez, reconocen, que registran todos los cuidados que realizan, y, además, llevan a cabo investigaciones, en su campo disciplinar, para mejorar la salud de las personas que cuidan.

Resultados Curso- Relacionado con la profesión

Para conocer las manifestaciones de los estudiantes de cada uno de los cursos

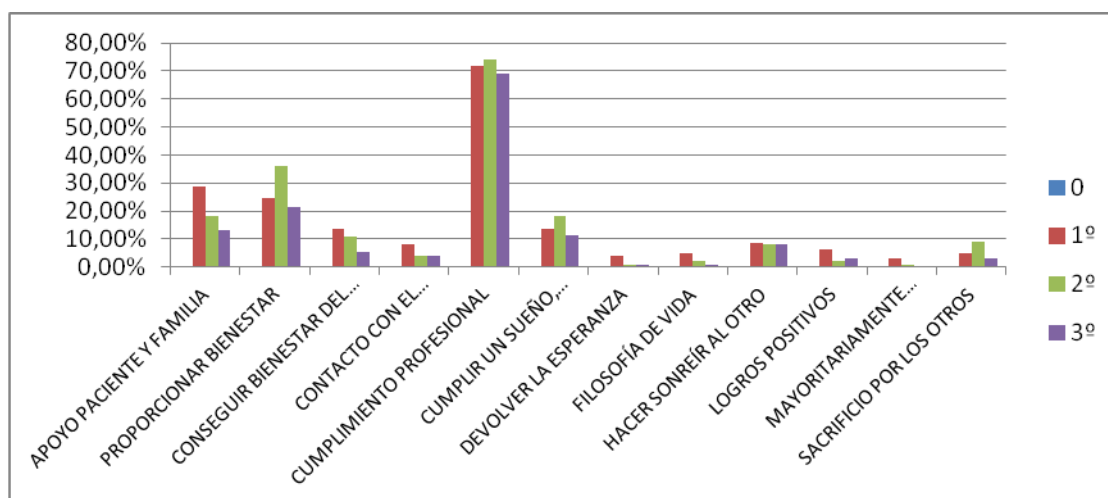


Gráfico 87. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Relacionado con la profesión

de la Diplomatura de enfermería, sobre los aspectos relacionados con la profesión de enfermera, relacionamos la variable Curso con la categoría Relacionado con la profesión, como aparece en el Gráfico 87 que representa la variable curso y la categoría profesión, podemos ver diferencias significativas, en los códigos, *apoyo paciente y familia; Proporcionar bienestar; conseguir bienestar del otro; contacto con el sufrimiento; cumplimiento profesional; cumplir un sueño; devolver la esperanza; filosofía de vida; hacer sonreír al otro; logros positivos; mayoritariamente femenina; sacrificio por los otros; satisfacción personal*. Donde, los estudiantes de primer curso, los de segundo y los de tercero, manifiestan que las enfermeras, están al lado del paciente y familia, apoyando, explicando y recogiendo información para dársela a otros profesionales y que cada uno actué según su competencia; que proporcionan bienestar al paciente, en un sentido amplio del término, que incluye, entre otros aspectos, comodidad, confortabilidad y, un ambiente seguro y cálido libre de ruidos; que ayudan a los pacientes a conseguir el máximo bienestar y, sienten satisfacción personal cuando el paciente lo ha conseguido; que ayudan al paciente a llevar la enfermedad y le acompañan al final de la vida, para que, de alguna manera, acepte la enfermedad de la mejor forma posible y consiga tener una muerte digna; que realizan actividades cuidadoras, dirigidas a mantener, preservar la salud, aplicando los principios éticos y, deontológicos de la profesión, con compromiso e implicación profesional; que actúan, generalmente, en ejercicio de su profesión, de acuerdo a su filosofía de vida; que las enfermeras, se implican para que el paciente sonría, se distraiga de sus pensamientos y consiga relajarse al sonreír; que se implican, para que el paciente avance positivamente en la recuperación de su salud; que la enfermería, es una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres; que atienden, a otros, a veces, en momentos muy difíciles, es una profesión dura y exige sacrificio; que las enfermeras, se sienten bien, cuando han realizado, satisfactoriamente, y con resultados positivos, su trabajo; que han cumplido el

sueño de llegar a ser enfermeras y, tienen sentimientos de satisfacción personal por haberlo conseguido; que ayudan a las personas que cuidan a conseguir nuevas expectativas de vida, orientar su vida y vislumbrar un futuro.

Con los resultados, obtenidos, de las manifestaciones de los estudiantes, de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería, en relación con la profesión de la enfermera, podemos decir, que las enfermeras están al lado del paciente y familia, apoyando, explicando y recogiendo información para dársela a otros profesionales de la salud. Hablan con los pacientes, les saludan al inicio de su jornada laboral, observan su estado de ánimo y valoran la situación en la que se encuentran. Proporcionan y ayudan al paciente a conseguir el máximo bienestar y se sienten satisfechas cuando el paciente lo ha conseguido. Se implican para que el paciente sonría, se distraiga de sus pensamientos y consiga relajarse al sonreír y avance positivamente en la recuperación de su salud. Cuidan en un sentido amplio del término, escuchar, atender y suplir cuando la persona no puede, no quiere y no sabe, cumplir el tratamiento prescrito. En palabras de Virginia Henderson “le falta la fuerza, la voluntad y el conocimiento”. También, enseñan al paciente todo lo relacionado con su salud y sus cuidados. La ayudan a orientar su vida y conseguir nuevas expectativas de vida vislumbrando un futuro. Cuando esto no es posible, le ayudan a aceptar la enfermedad, le acompañan hasta el final de la vida, tratando, si es posible, que consiga tener una muerte digna. Además, realizan actividades cuidadoras dirigidas a mantener, preservar la salud, cubrir todas las necesidades de las personas, aplicando los principios éticos y deontológicos de la profesión, con compromiso e implicación profesional.

Por otra parte, las enfermeras han cumplido el sueño de llegar a ser enfermera y tienen sentimientos de satisfacción personal por haberlo conseguido, generalmente, ejercen su profesión de acuerdo a su filosofía de vida. Cuando ejecuta bien su trabajo se siente realizada y tiene la sensación del "deber cumplido", incluyen aspectos positivos y negativos. Cuidan, en ocasiones, en momentos críticos, es una profesión dura y exige sacrificio. Ejercida mayoritariamente por mujeres. A su vez, las enfermeras colaboran con el equipo de salud y avisan al médico cuando el paciente presenta déficits de salud.

Qué pretende

Como venimos diciendo, la enfermera da cuidados con el fin, entre otros muchos, de mejorar la salud de las personas que atiende.

Resultados Curso –Metas

Para conocer las opiniones de los estudiantes de cada uno de los cursos de la Diplomatura de enfermería sobre los aspectos relacionados con las Metas que pretende alcanzar la enfermera, tanto, las que alcance el paciente con sus cuidados, como, las suyas propias. Con este fin hemos relacionamos la variable Curso con la categoría Metas.

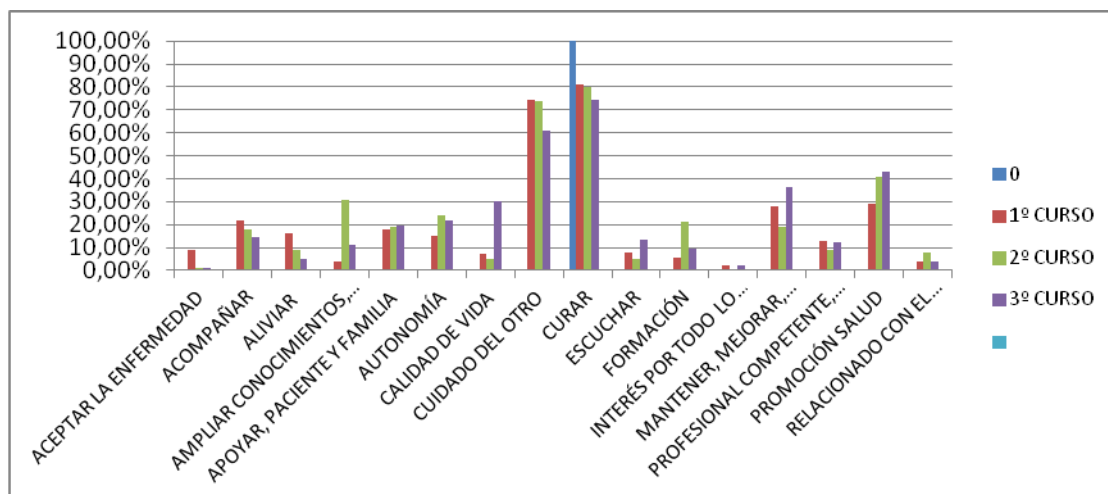


Gráfico 88. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Metas.

En el Gráfico 88 que representa la variable Curso relacionada con la categoría Metas, hemos encontrado diferencias significativas en los códigos *Aceptar la enfermedad; Acompañar; aliviar; ampliar conocimientos, investigar; apoyar, paciente y familia; autonomía; calidad de vida; Cuidado del otro; formación, mantener, mejorar, prevenir; profesional competente; promoción salud; relacionado con el trabajo*. Donde los estudiantes de primer curso, los estudiantes de segundo y los de tercero, manifiestan que las enfermeras, ayudan a las persona a asumir su rol de enfermo, y a llevar a cabo las acciones necesaria para mejorar su salud; que están al lado y velan por el paciente, ayudándole a soportar la enfermedad, y hacer más llevadero el sufrimiento; que ayudan a disminuir el sufrimiento del otro y a mejorar su salud; que pretenden ampliar sus conocimientos para ayudar a la profesión a ser independiente; que pretenden estar con el paciente y familia, dándoles protección; que buscan la autonomía del paciente y, la autonomía profesional; que las enfermeras ayudan a las personas a alcanzar una buena calidad de vida; que pretenden cuidar en sentido amplio (ayudando, enseñando, supliendo y protegiendo); que enseñan a estudiantes de enfermería para que adquirir un buen nivel de competencia profesional; que las enfermeras, pretenden mantener y/o mejorar la salud y, prevenir la enfermedad; que las enfermeras, aspiran a ser

grandes profesionales, dando cuidados a la persona en todas las esferas, esforzándose por conseguir los mejores resultados con el fin de ayudar a que sea reconocida su competencia de la enfermería; que promueven buenas prácticas de salud en la población que atienden, fomentando hábitos de vida saludables, para prevenir la enfermedad; que las enfermeras desean realizar bien su trabajo, eficazmente, trabajando en una institución, algunos ejecutando las órdenes médicas.

Con estos resultados, podemos decir, que los estudiantes de los tres cursos de enfermería, han expuesto las distintas metas, que las enfermeras pretenden alcanzar en el ejercicio de su actividad. De manera, que expresan que las enfermeras realizan las acciones necesarias para mejorar la salud de las personas, ayudándolas a asumir su rol de enfermas, a soportar la enfermedad y aliviarlas en el sufrimiento. Además, pretenden estar con el paciente y familia, dándoles protección y ayuda para que alcancen una buena calidad de vida. A la vez, que promueven buenas prácticas de salud y fomentan hábitos de vida saludables con el fin de prevenir la enfermedad de la población que atienden. Por otra parte, exponen que las enfermeras buscan la autonomía del paciente y su autonomía profesional, con el fin de lograr, que otros profesionales de la salud respeten a la enfermería. También, pretenden conseguir, que otros profesionales de la salud respeten a la enfermería en sus decisiones sobre el cuidado del otro. Después de todo, una de sus metas es lograr la autonomía profesional.

En qué circunstancias

Las enfermeras ejercen su profesión en diversos ámbitos, allá donde se encuentren, lo más habitual es el hospital o el centro de salud.

Resultados Curso –Escenario

Para conocer, las opiniones de los estudiantes de cada uno de los cursos de la Diplomatura de enfermería, sobre los aspectos relacionados con el lugar, donde las enfermeras desarrollan su actividad, y, comprobar, si existen diferencias entre los estudiantes de primero, de segundo y de tercer curso de enfermería, hemos relacionamos la variable Curso con la categoría Escenario, como podemos ver en el Gráfico 89 que representa la variable

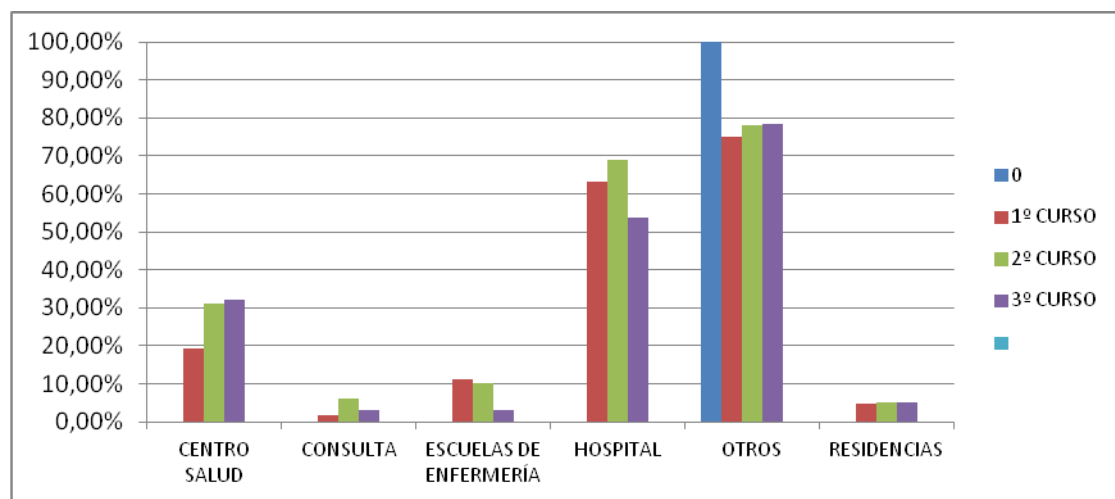


Gráfico 89. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Escenario.

Curso con la categoría Escenario aparecen diferencias significativas en los códigos *Escuelas de Enfermería*, donde los estudiantes de primer curso, los de segundo y los de tercero, manifiestan que las enfermeras, realizaron sus estudios disciplinares en Escuelas de Enfermería y en el *hospital*, donde también, manifiestan que las enfermeras, realizan su actividad asistencial en él.

Los datos obtenidos recogen la información que los estudiantes de enfermería realizan sobre los lugares donde las enfermeras ejercen su actividad. Los estudiantes de nuestro estudio reconocen que estos lugares, principalmente, son instituciones públicas, privadas u otros centros (colegios, empresas, etc.). Además, narran que los estudios de Enfermería se realizan en Escuelas de Enfermería. Por tanto, podemos decir que las enfermeras ejercen el cuidado en instituciones públicas, privadas u otros centros y su formación académica la realizan, mayoritariamente, en Escuelas de Enfermería.

6.1.2.2. Resultados Curso –Reflexiones

Quisimos conocer las opiniones de los estudiantes de cada uno de los cursos de la Diplomatura de enfermería sobre los aspectos relacionados con las distintas reflexiones que las enfermeras realizan sobre su profesión para ello hemos relacionado la variable Curso con la categoría Reflexiones (ver Gráfico 90) que lo representa y como se puede apreciar existen diferencias significativas en *AFIRMACIONES*,

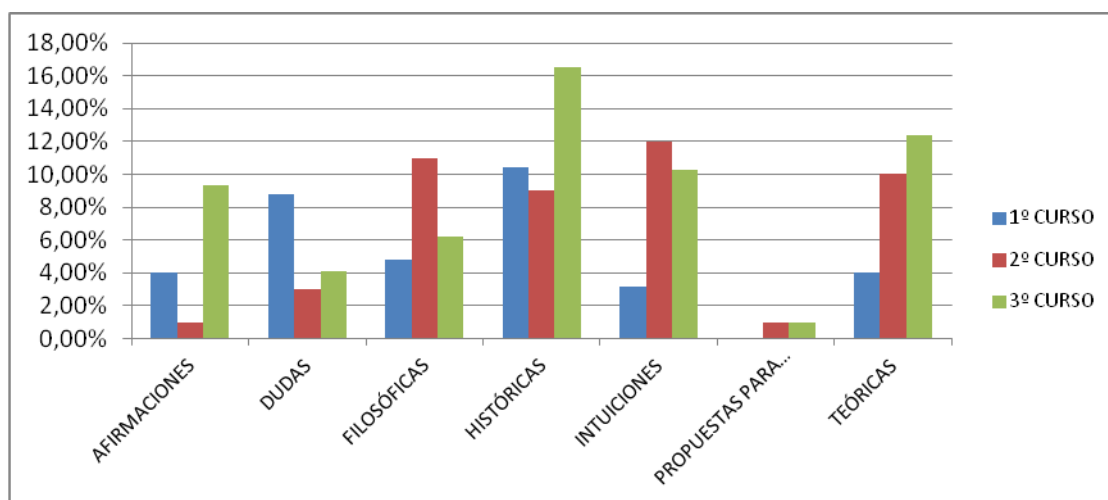


Gráfico 90. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Reflexiones.

FILOSÓFICAS, HISTÓRICAS, INTUICIONES, TEÓRICAS en las que los estudiantes de los tres cursos manifiestan que, las enfermeras tienen una posición firme en la búsqueda de un lugar identitario que recoja “el hacer enfermero”, un espacio de reconocimiento social propio sin solapamientos; que las enfermeras tienen pensamientos entorno a la enfermería de ayudar a las personas desde una visión bio-psico social en interacción con el entorno, buscando la autonomía profesional y desarrollando un cuerpo de conocimientos disciplinares propio; que las enfermeras, en su trayectoria profesional pasan por distintos hospitales y centro de salud; que, algunas, deseaban ser enfermeras desde la infancia y otras aprendieron a querer y valorar la enfermería; que algunas enfermeras no se sienten satisfechas con la profesión, les gusta realizar técnicas y procedimientos, sin priorizar el cuidado del otro, aunque, se esfuerzan por aprender a querer la enfermería, siguen añorando el deseo de ser médicos; que las enfermeras, inician su ejercicio profesional con muchas ganas, van aumentando su experiencia y conocimiento en el cuidado del otro; a su vez, van desarrollando el sentimiento de no ser reconocidas profesionalmente, por la sociedad, con el fin de lograr este reconocimiento, se esfuerzan por adquirir mayor formación y aplicar esos conocimientos al cuidado.

Con estos resultados, podemos decir, que los estudiantes de los tres cursos de enfermería muestran, que las enfermeras tienen una posición firme en la búsqueda de un lugar identitario propio, sin solapamientos, donde se recoja “el hacer enfermero”. También, dicen que las enfermeras conciben a la enfermería como una profesión de ayuda al otro, desde una visión bio-psico social en interacción con el entorno. Por otra parte, declaran que inician su ejercicio profesional con muchas ganas, pero, a la vez, que aumentan su experiencia y conocimiento del cuidado, sienten que no son reconocidas profesionalmente, por la sociedad. Con el fin de lograr este reconocimiento, se esfuerzan por aumentar sus conocimientos del cuidado, y buscan la autonomía profesional. En su trayectoria profesional, la mayoría de las enfermeras, pasan por distintos hospitales y centro de salud. Desde otro punto, hemos encontrado que algunas enfermeras no se sienten satisfechas con su profesión y, solamente, les gusta realizar técnicas y procedimientos sin priorizar el cuidado del otro. Por el contrario, hay enfermeras que desde la infancia deseaban serlo y, otras se esfuerzan por aprender a querer a su profesión, a pesar, de seguir añorando su deseo de ser médicos.

A continuación presentaremos los resultados obtenidos al relacionar la variable agrupadora Género con cada una de las categorías asignadas a los textos narrados por estudiantes de enfermería y enfermeras; así como, a los textos de la Pentada Dramatúrgica escritos por todos los participantes en nuestro estudio.

6.1.3. Relación entre la variable agrupadora Género y cada una de las categorías asignadas a los textos.

Con el fin de conocer si en los relatos de la Pentada Dramatúrgica y en los correspondientes a la historia de la enfermera, existían diferencias significativas, entre los hombres y mujeres que participan en nuestro estudio, hemos relacionado la variable Género con cada una de las categorías asignadas a los textos.

6.1.3.1. Pentada Dramatúrgica

Como venimos comentando en ella se recoge las situaciones, en las cuales, la enfermera desarrolla en su actividad asistencial.

Quién es

En este apartado las categorías que vamos a presentar son aquellas en las cuales hemos encontrado diferencias significativas. Por tanto, no presentaremos la categoría **Atuendo** por no cumplir el requisito.

Resultados Género –Atributos

La relación entre la variable Género y la categoría Atributos, como podemos ver en el Gráfico 91 que la representa, hemos obtenido diferencias significativas en los códigos, *transmite paz, calidez, relaja; caridad, amor, entrega; actitud, cuidados*. Donde los hombres y mujeres de nuestro estudio manifiestan que las enfermeras transmiten paz, calidez, caridad con una actitud favorable al cuidado.

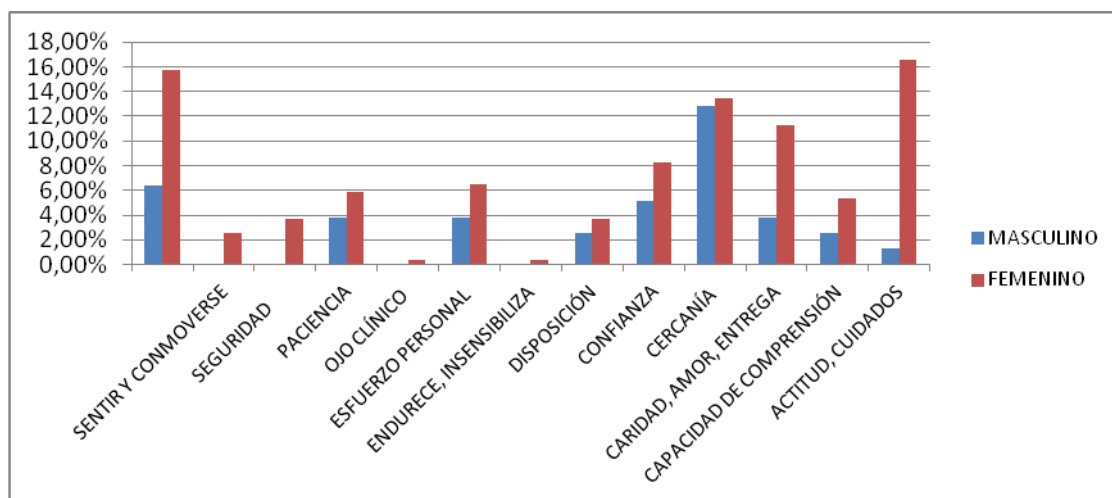


Gráfico 91. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Atributos.

Con estos resultados, podemos decir que tanto los hombres como las mujeres de nuestro estudio esperan que las enfermeras tengan los atributos de transmitir paz, calidez, relaja, caridad, amor, entrega, una y actitud favorable hacia el cuidado.

Resultados Género –Creencias

Quisimos saber si existía diferencias significativas entre las opiniones de los hombres y las mujeres de nuestro estudio en relación con las percepciones entorno a lo que hacen las enfermeras cuando cuidan y, como podemos ver en el Gráfico 92, aparecen diferencias significativas en *ejecuta órdenes* y en *ayudar al médico*.

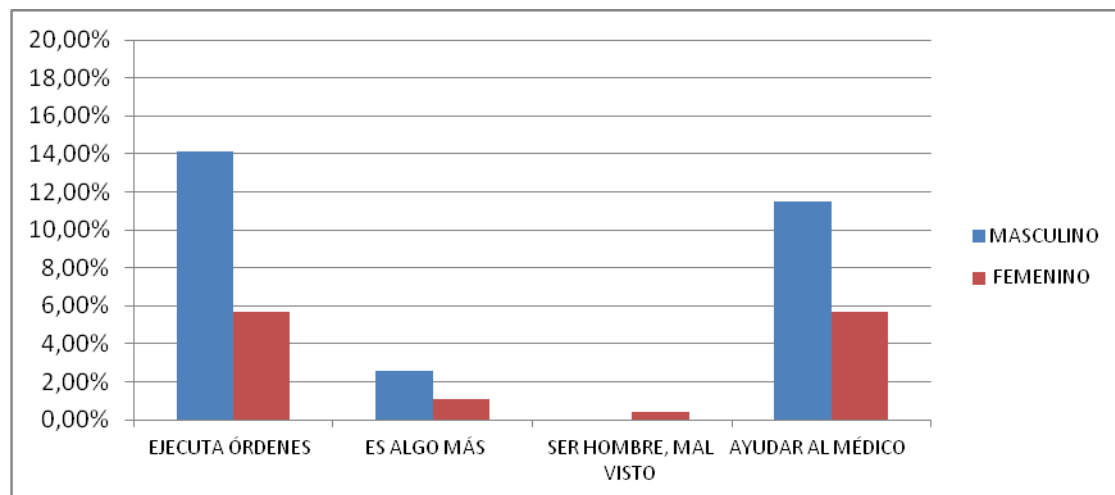


Gráfico 92. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Creencias.

Con estos resultados podemos decir, que los hombres y mujeres de nuestro estudio, manifiestan que las enfermeras ejecutan las órdenes del médico y, además, ayudan al médico y al odontólogo en su actividad profesional. Por tanto, pensamos que a pesar de los avances alcanzados en el desarrollo de la profesión, sigue prevaleciendo, entre los profesionales sanitarios la concepción de la enfermería como una profesión auxiliar de la medicina. Por otra parte, en relación con ayudar al médico, debemos señalar, que la proporción de hombres que alude, a que la enfermera sea la ayudante del médico, es muy superior al de las mujeres, teniendo en cuenta, que el número de hombres, de nuestro estudio, es inferior al número de las mujeres.

Resultados Género –Disposición /Vocación

Con el fin de saber si existían diferencias significativas, entre las opiniones de los hombres y las mujeres de nuestro estudio, en relación con la disposición / vocación hacia el cuidado de las enfermeras, hemos relacionado la variable Género con la categoría Disposición hacia la Enfermería, como podemos ver en el Gráfico 93, existen diferencias significativas en *vocación sí*, al manifestar los hombres y mujeres de nuestro estudio, que las enfermeras desde la infancia deseaban llegar a ser enfermeras, en algunos casos, y en otros, eligieron la enfermería al conocer como cuidaban las enfermeras.

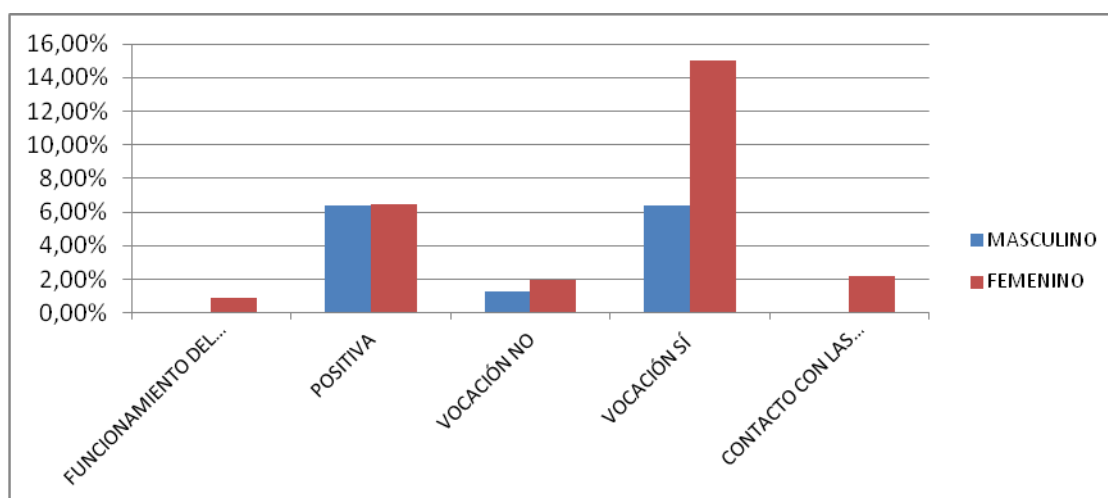


Gráfico 93. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Disposición hacia la Enfermería.

Por tanto, podemos decir, que los hombres y las mujeres de nuestro estudio manifiestan que las enfermeras desde la infancia deseaban ser enfermeras, en algunos casos, y en otros, la eligieron al conocer el modo de actuar de las enfermeras en el ejercicio del cuidado. De alguna forma, también, opinamos que las enfermeras eligieron la enfermería por vocación. Además, a esto, debemos añadir las opiniones de la sociedad en general, que por diversos motivos relacionados con la enfermedad, considera que para ejercer la enfermería es necesario tener vocación.

Resultados Género - Sentimientos de la Enfermera

Al relacionar la variable Género con la categoría Sentimientos de la Enfermera, como podemos ver Gráfico 94, hemos encontrado diferencias significativas en *trabaja en el ámbito de la salud*, donde de los hombres y las mujeres de nuestro estudio, dicen que la enfermera es la persona que desarrolla su actividad en el ámbito de las ciencias de la salud.

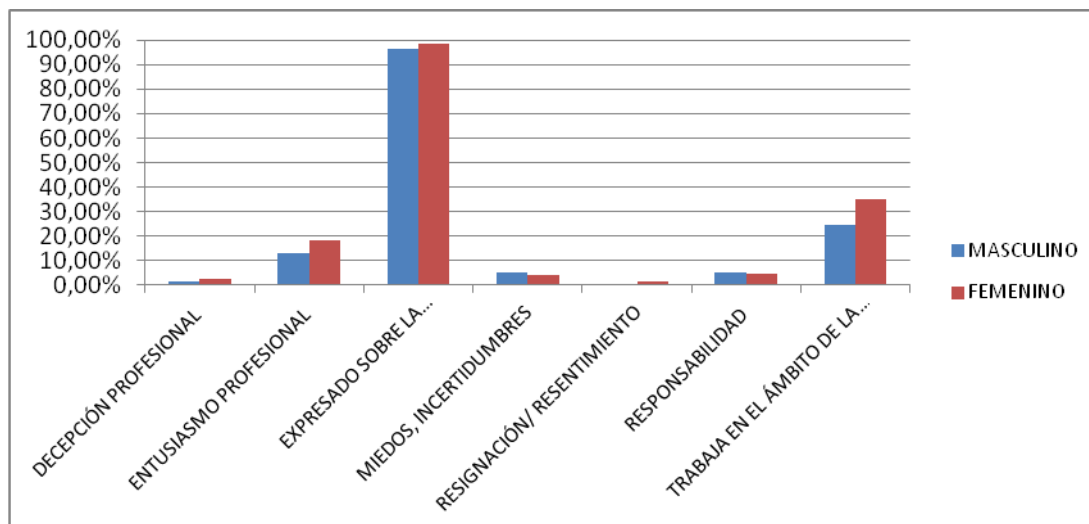


Gráfico 94. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Sentimientos de la Enfermera.

A la vista de estos resultados, opinamos, que los hombres y las mujeres de nuestro estudio, manifiestan que las enfermeras desarrollan su actividad en el ámbito de las ciencias de la salud y es en ese campo donde llevan a cabo el ejercicio del cuidado.

Resultados Género – Género

Los resultados esperados en esta categoría (ver Grafico 95) al relacionar la variable Género con la categoría Género, hemos encontrado diferencias significativas

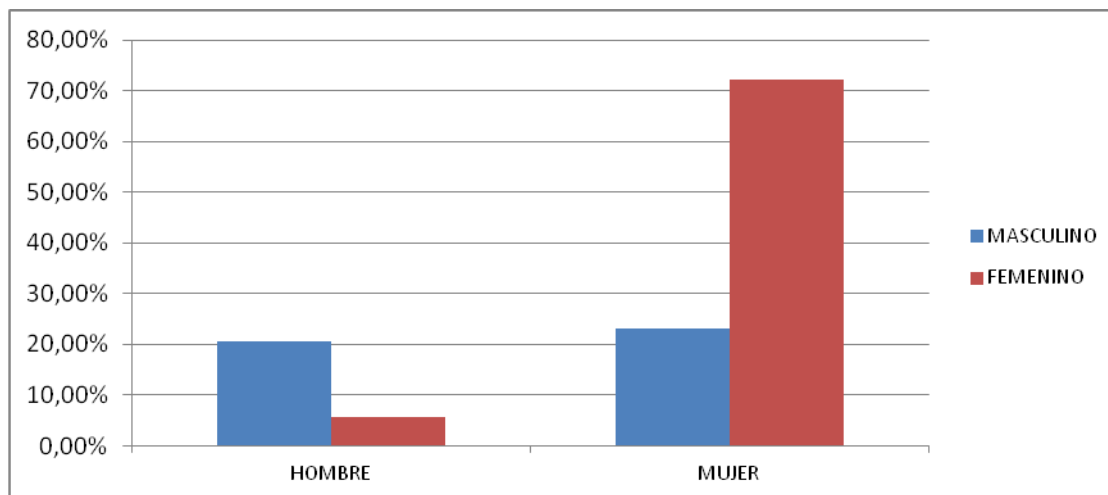


Gráfico 95. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Género.

en *hombre*, donde, los hombres de nuestro estudio utiliza “enfermero”, mayoritariamente, para referirse al profesional que imparte cuidados y las mujeres, también, mayoritariamente, utilizan “enfermera” cuando se refieren al profesional que imparte cuidados.

Con estos resultados podemos decir que los hombres de nuestro estudio utilizan el término “enfermero” y las mujeres de nuestro estudio utilizan el término que utilizan

“enfermera” para referirse al profesional que imparte cuidados. Por tanto, pensamos que tanto hombres como mujeres, en algunos casos, utilizan el término, de acuerdo con el género con el que se identifican.

Resultados Género –Identificación con la profesión

Con el fin de conocer, si existían diferencias significativas entre las concepciones de los hombres y las mujeres de nuestro estudio, en relación, con la identificación profesional de la enfermera, hemos relacionado la variable Género con la categoría Identificación con la profesión (ver Gráfico 96) hemos obtenido

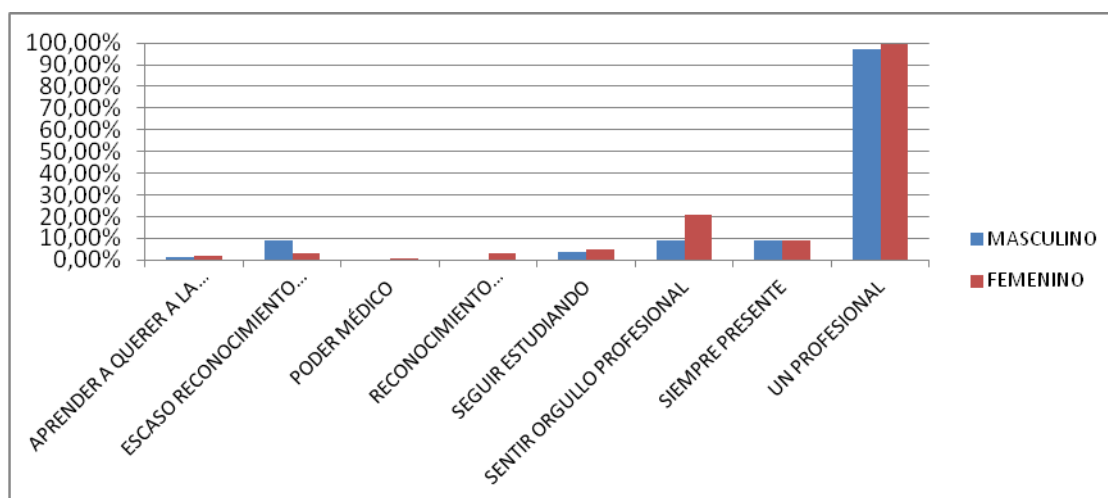


Gráfico 96. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Identificación con la profesión.

diferencias significativas en *escaso reconocimiento social*, en *sentir orgullo profesional*, *un profesional*, donde los hombres y las mujeres de nuestro estudio manifiestan que las enfermeras perciben el escaso reconocimiento social que tiene la profesión enfermera, que están conformes con su profesión, se sienten reconocidas y orgullosas de ser enfermeras y que las enfermeras tienen conocimientos, habilidades y la capacidad de asumir el cuidado de las personas cuando han perdido la salud.

En relación con estos resultados podemos decir, por una parte, que las enfermeras perciben que existe un escaso reconocimiento de la profesión enfermera en nuestra sociedad. Por otra, en cambio, expresan que las enfermeras están conformes con su profesión, se sienten reconocidas y, por tanto, se sienten orgullosas de ser enfermeras. A estos resultados los podemos dar una explicación, si los situamos, en la ambivalencia, que existe entorno a la identidad profesional de la enfermera y, sobre todo, dentro del colectivo enfermero, donde se dan esas contradicciones. Por otra parte, reconocen que las enfermeras poseen

conocimientos, habilidades y tienen la capacidad de asumir el cuidado de las personas, cuando han perdido la salud.

Resultados Género – Relacionado con el médico

Para conocer si existían diferencias significativas entre las opiniones de los hombres y las mujeres de nuestro estudio, con aspectos relacionados con el médico, hemos relacionado la variable Género con la categoría Relacionado con el médico, como podemos ver en el Gráfico 97, hemos encontrado diferencias significativas en *Colabora* donde nos dicen los

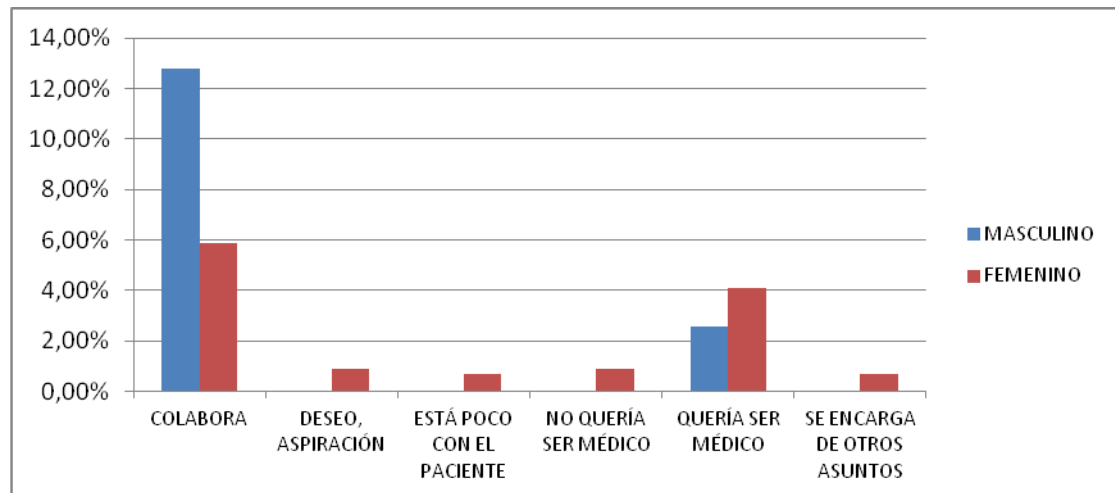


Gráfico 97. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Relacionado con el médico.

hombres y las mujeres de nuestro estudio que las enfermeras colaboran con el médico y le avisan cuando la situación del paciente lo requiere.

Con estos resultados, opinamos, que los hombres y las mujeres de nuestro estudio, dicen, por una parte, que las enfermeras colaboran con el médico y, le avisan cuando la situación del paciente lo requiere. Por otra, añaden que las enfermeras facilitan el trabajo del médico y, a la vez, son el enlace entre el paciente y el médico.

Qué hace

En este apartado las categorías que vamos a presentar, también, son aquellas en las cuales hemos encontrado diferencias significativas.

Resultados Género -Cuidar

Al relacionar la variable Género con la categoría Cuidar (ver Gráfico 98) hemos encontrado diferencias significativas en *psicológico*, *socia* y *físico* donde de los hombres y mujeres de nuestro estudio, exponen que las enfermeras cuidan buscando el bienestar psicológico del paciente; que cuidan, buscando la mejoría social del paciente; que las enfermeras cuidan buscando la recuperación del paciente y le ayudan en todo lo que necesite.

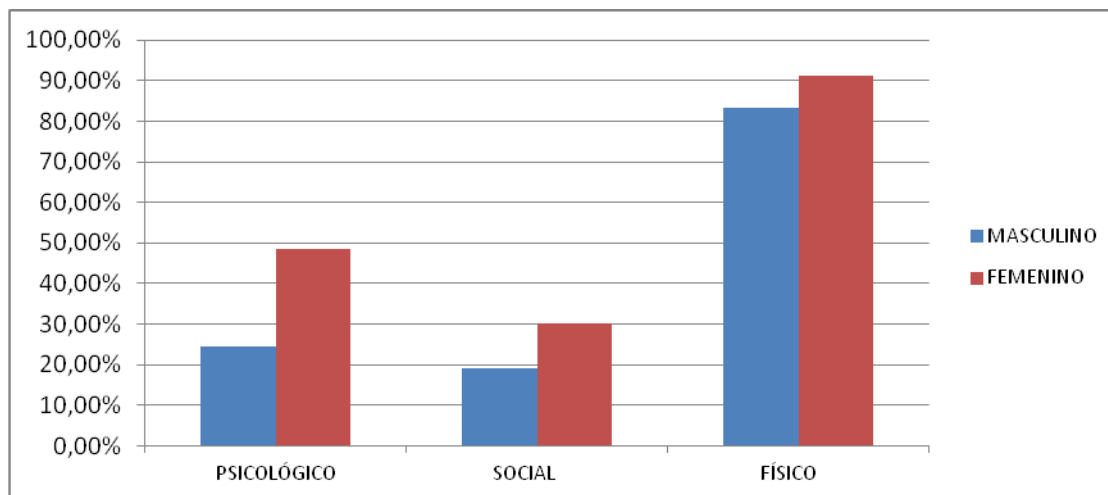


Gráfico 98. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Cuidar.

Ante estos resultados podemos decir que los hombres y las mujeres de nuestro estudio manifiestan que las enfermeras cuidan buscando la recuperación y el bienestar psicológico del paciente, además, le ofrecen y apoyan para conseguir un entorno social de bienestar.

Resultados Género -Ejercicio profesional

Hemos relacionado la variable Género con la categoría Ejercicio profesional, con el fin de saber, si existían diferencias significativas, entre las opiniones de los hombres y las mujeres de nuestro estudio, en aspectos relacionados con las actividades de las enfermeras en el ejercicio de su profesión.

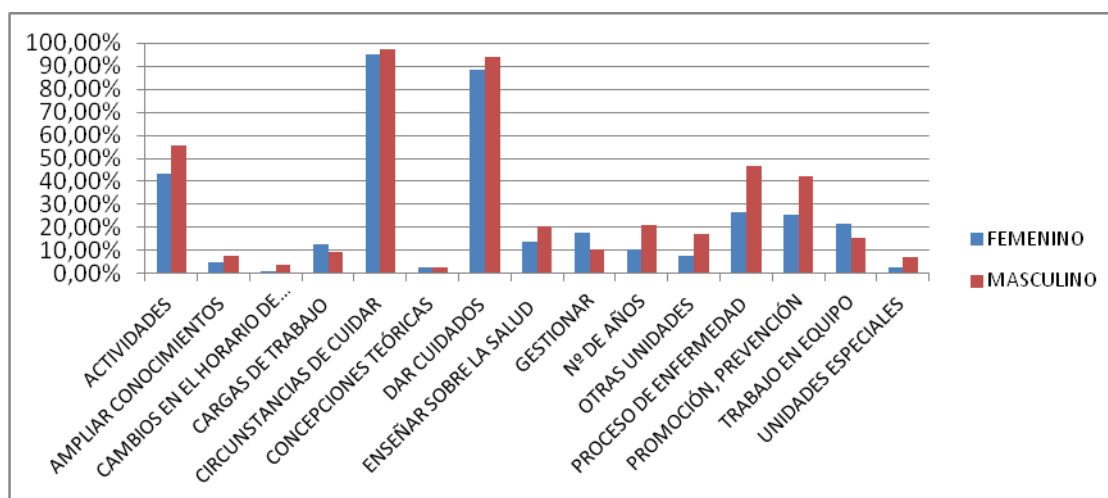


Gráfico 99. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Ejercicio profesional.

Como podemos como podemos ver en el Gráfico 99 hemos encontrado diferencias significativas en *actividades, dar cuidados, gestionar, nº de años, otras unidades, proceso de enfermedad, promoción, prevención, autocuidado*. Donde los hombres y las mujeres de nuestro estudio dicen que las enfermeras llevan a cabo una serie de actividades para atender a las personas que cuidan; que administran cuidados utilizando su conocimiento y pericia, sabiendo el qué hacer y para qué, buscando el bienestar del otro; que gestionan los cuidados asumiendo responsabilidades; que trabajan en distintas unidades de hospitalización en hospitales y en distintos centros asistenciales; que ejercen su actividad cuidadora durante el proceso de enfermedad; que las enfermeras promueven la salud.

Con estos resultados, podemos decir, que los hombres y las mujeres de nuestro estudio manifiestan que las enfermeras llevan a cabo una serie de actividades para atender a las personas y a la población, en general, promoviendo prácticas de buena salud para prevenir la enfermedad. También, administran cuidados para atender al paciente y familia. Además, realizan actividades utilizando su conocimiento y pericia, sabiendo el qué hacer y para qué, buscando el bienestar del otro. A su vez, gestionan los cuidados asumiendo responsabilidades, como puede ser la coordinación de recursos humanos para lograr un buen funcionamiento de la unidad. En la historia de su dibujo, reflejan los años que lleva ejerciendo la profesión la enfermera dibujada. Así como, también, mencionan las distintas unidades donde ha trabajado, tanto en hospitales, como, en otros centros asistenciales, impartiendo cuidados.

Cómo lo hace

En este apartado las categorías que vamos a presentar son aquellas en las que hemos encontrado diferencias significativas.

Resultados Género – Instrumento

Quisimos saber si existían diferencias significativas, entre las opiniones de los hombres y las mujeres de nuestro estudio, con aspectos relacionados con las técnicas y métodos, que las enfermeras utilizan en el ejercicio de su profesión, con este fin, hemos relacionado la variable Género con la categoría Instrumento, como podemos ver en el Gráfico 100, aparecen diferencias significativas en *pericia* y *promueve autonomía* donde los hombres y las mujeres de nuestro estudio expresan que las enfermeras poseen habilidades para realizar los procedimientos y técnicas terapéuticas y, ayudan al paciente adquirir su autonomía.

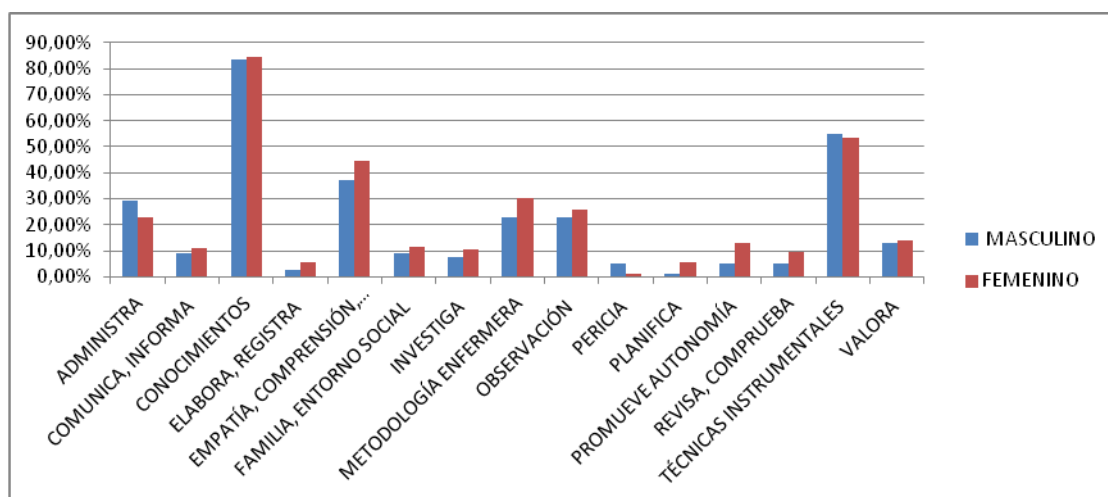


Gráfico 100. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Instrumento.

Luego, sobre los conocimientos y habilidades que las enfermeras utilizan en el desempeño de su profesión, podemos decir, que los hombres y mujeres de nuestro estudio expresan que las enfermeras poseen habilidades para realizar procedimientos y técnicas terapéuticas. Además, expresan en sus relatos que poseen conocimientos y habilidades para ayudar a las personas a que sean autónomas.

Resultados Género- Relacionado con la profesión

Quisimos saber si existían diferencias significativas, entre las opiniones de los hombres y las mujeres de nuestro estudio, con aspectos relacionados con la profesión enfermera, con este fin, hemos relacionado la variable Género con la categoría Relacionado con la profesión, como podemos ver en el Gráfico 101, existen diferencias significativas en *cumplimiento profesional* y *hacer sonreír al otro* donde los hombres y las mujeres de nuestro estudio, manifiestan que las enfermeras realizan actividades cuidadoras dirigidas a mantener, preservar la salud, cubrir todas las necesidades de las personas aplicando los principios éticos y deontológicos de la profesión, con compromiso e implicación profesional, y, además, se implican para que el paciente sonría, se distraiga de sus pensamientos y pueda relajarse al sonreír.

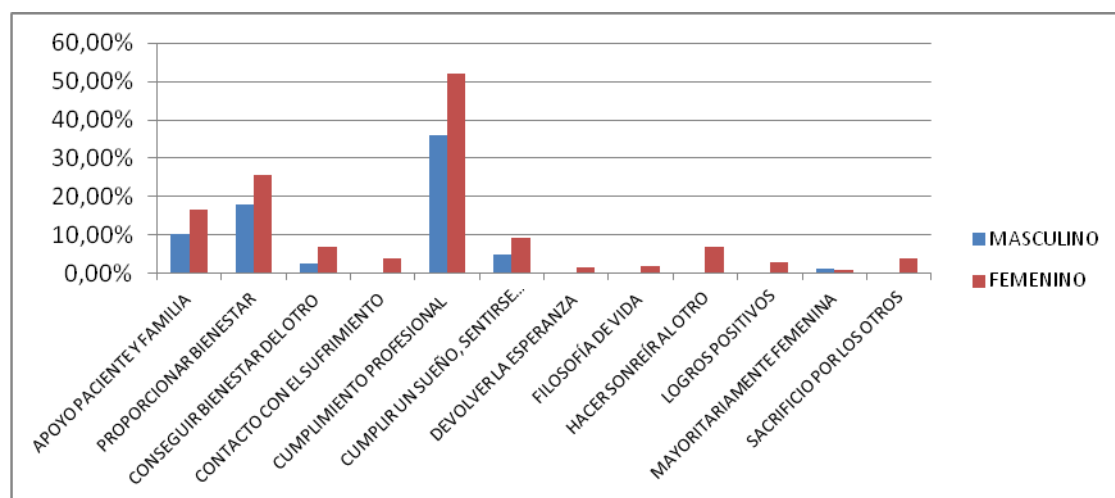


Gráfico 101. Relación entre la variable agrupadora Curso y la categoría Relacionado con la profesión.

Con estos resultados, podemos decir, que los hombres y las mujeres de nuestro estudio, manifiestan que las enfermeras realizan actividades cuidadoras dirigidas a mantener, preservar la salud, cubrir todas las necesidades de las personas, aplicando los principios éticos y deontológicos de la profesión, con compromiso e implicación profesional, a su vez, se implican para que el paciente sonría, se distraiga de sus pensamientos y pueda relajarse al sonreír.

Qué pretende

En este apartado las categorías que vamos a presentar son aquellas en las cuales hemos encontrado diferencias significativas.

Resultados Género –Metas

Al relacionar la variable agrupadora Género con la categoría Metas (ver Gráfico 102) existen diferencias significativas entre las opiniones de los hombres y las mujeres de nuestro estudio en *acompañar; apoyar al paciente y familia;*

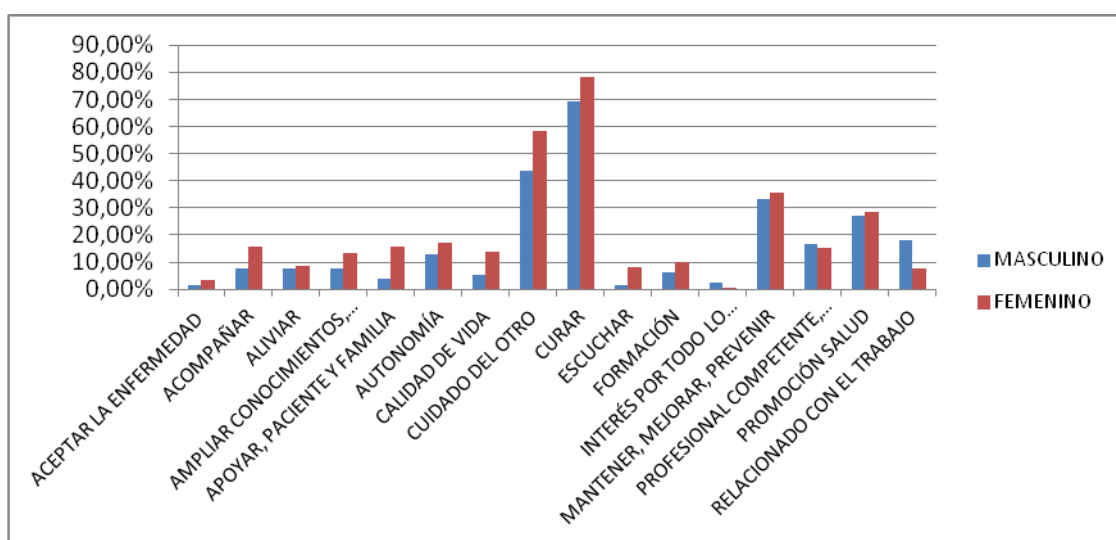


Gráfico 102. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Metas.

calidad de vida; cuidado del otro; escuchar; relacionado con el trabajo. De manera, que los hombres y las mujeres de nuestro estudio manifiestan que las enfermeras pretenden estar al lado y velan por el paciente, además, le ayudan a soportar la enfermedad y hacer más llevadero el sufrimiento; que pretenden estar al lado del paciente y familia; que ayudan a las personas a alcanzar una buena calidad de vida; que pretenden cuidar en sentido amplio (ayudando, enseñando, supliendo y protegiendo); que escuchan a las personas que cuidan y hablan con ellas observando su evolución y pretenden realizar bien su trabajo.

Con estos resultados, afirmamos en relación con las metas, que las enfermeras pretenden alcanzar en el ejercicio del cuidado, que los hombres y las mujeres de nuestro estudio manifiestan que las enfermeras pretenden estar al lado y velar por el paciente, además, de ayudarlo a soportar la enfermedad y, hacer que el sufrimiento sea más llevadero. También, pretenden estar al lado del paciente y familia, ayudándoles a alcanzar buena calidad

de vida, dando cuidados, en un sentido, amplio (ayudando, enseñando, supliendo y protegiendo), donde escuchan esté presenta y se hable con las personas, observando su evolución.

En qué circunstancias

En este apartado las categorías que vamos a presentar son aquellas en las cuales hemos encontrado diferencias significativas.

Resultados Género- Escenario

Con el fin de conocer, si existían diferencias significativas, entre las opiniones de los hombres y las mujeres de nuestro estudio, en relación con el escenario, donde, las enfermeras realizan su ejercicio profesional, hemos relacionado la variable Género con la categoría Escenario.

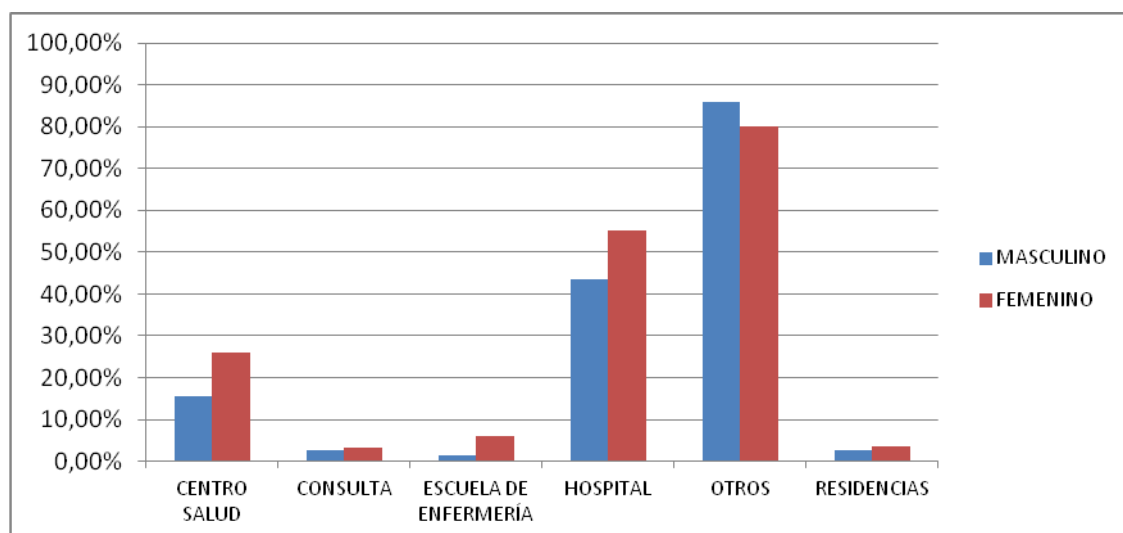


Gráfico 103. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Escenario.

En el análisis de las manifestaciones que los hombres y las mujeres de nuestro estudio sobre las circunstancias en las que se ejerce la enfermería, como se puede observar en el Gráfico 103, hemos obtenido diferencias significativas en *centro de salud y atención primaria*, donde los hombres y las mujeres de nuestro estudio, manifiestan que las enfermeras realizan su actividad en atención primaria y el hospital.

Estos resultados nos llevan a decir que los hombres y las mujeres de nuestro estudio sobre las circunstancias en las enfermeras realizan su actividad, dicen que las enfermeras ejercen su actividad, mayoritariamente, en el hospital y en atención primaria.

Resultados Género –Reflexiones

Al relacionar la variable Género con la categoría Reflexiones, como podemos ver en Gráfico 104, hemos obtenido diferencias significativas en los códigos *HISTÓRICAS* y *TEÓRICAS*, donde los hombres y las mujeres manifiestan que las enfermeras en su trayectoria profesional pasan por distintos hospitales y centro de salud; algunas deseaban ser enfermeras desde la infancia y la iniciaron con mucho entusiasmo y, otras aprendieron a querer y valorar la enfermería.

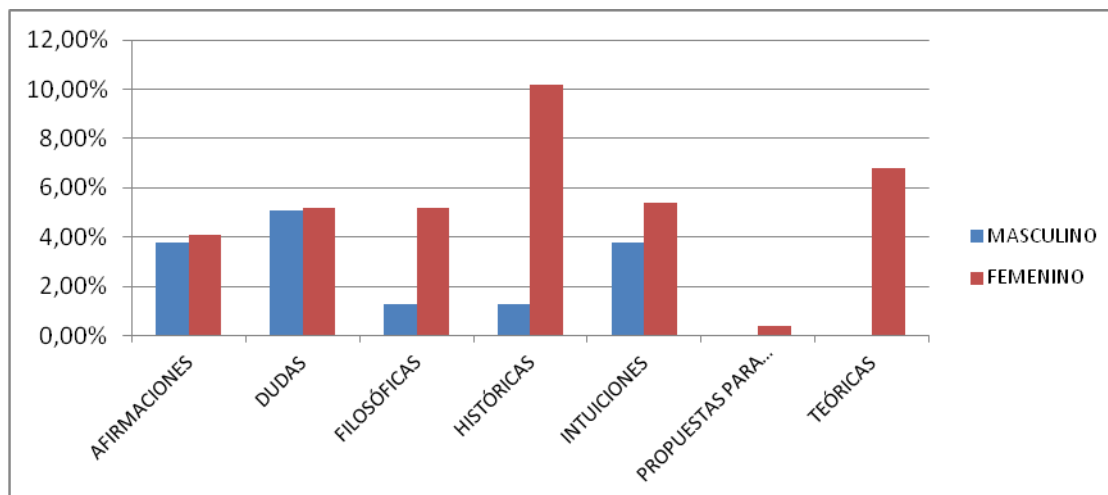


Gráfico 104. Relación entre la variable agrupadora Género y la categoría Reflexiones.

Con estos resultados opinamos que los hombres y mujeres que participan en nuestro estudio dicen que las enfermeras a lo largo de su trayectoria profesional pasan por distintas unidades de enfermería de hospitales y centros de salud. También, refieren, que, algunas enfermeras, deseaban ser enfermeras desde la infancia y la iniciaron con mucho entusiasmo y, otras, en cambio, aprendieron a querer y valorar la enfermería, pues no la eligieron en primera opción.

En último lugar, a continuación, vamos a presentar la Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y cada una de las categorías asignadas a los textos.

6.1.4. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y cada una de las categorías asignadas a los textos

Con el fin de conocer si en los relatos, tanto, de la Pentada Dramatúrgica, como, en los correspondientes a la historia de la enfermera, existían diferencias significativas, entre el número de años ejerciendo la profesión (0-15; 15-30; 30-45), hemos relacionado la variable Rango Antigüedad con cada una de las categorías asignadas a los textos.

6.1.4.1. Pentada Dramatúrgica

Como venimos comentando, en la pentada vamos a recoger, las narraciones sobre quién es, qué hace, cómo lo hace, qué pretende y en qué circunstancias desarrolla su actividad asistencial la enfermera.

Quién es

En este apartado, las categorías que vamos a presentar, son aquellas, en las cuales hemos encontrado diferencias significativas. Por tanto, no presentaremos la categoría Atuendo por no cumplir el requisito, (lo mismo que ocurrió en la variable Género que no había referencias al Atuendo).

Resultados Rango Antigüedad –Atributos

Al relacionar la variable Rango Antigüedad con la categoría Atributos (ver Grafico 105) quisimos conocer si existen diferencias significativas entre las concepciones de la enfermera de los hombres y mujeres de nuestro estudio y, si el número de años trabajados influían sobre sus manifestaciones. En el análisis hemos encontrado diferencias significativas en *actitud, cuidados; transmite paz, calidez, relaja; caridad, amor, entrega; cercanía; seguridad*. Donde los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 años y los que llevan entre 15-30 años reconocen que las enfermeras tienen una actitud favorable hacia el cuidado; Los que llevan trabajando entre 0-15 años manifiestan que las enfermeras deben transmitir paz, calidez, cercanía y seguridad. Podemos pensar, al hilo de lo anterior, que las personas a medida que cumplen años en el ejercicio de su actividad profesional, van incorporando aspectos inherentes a la misma, haciéndolos propios y aplicándolos en su que hacer profesional, sin otorgarles ninguna importancia.

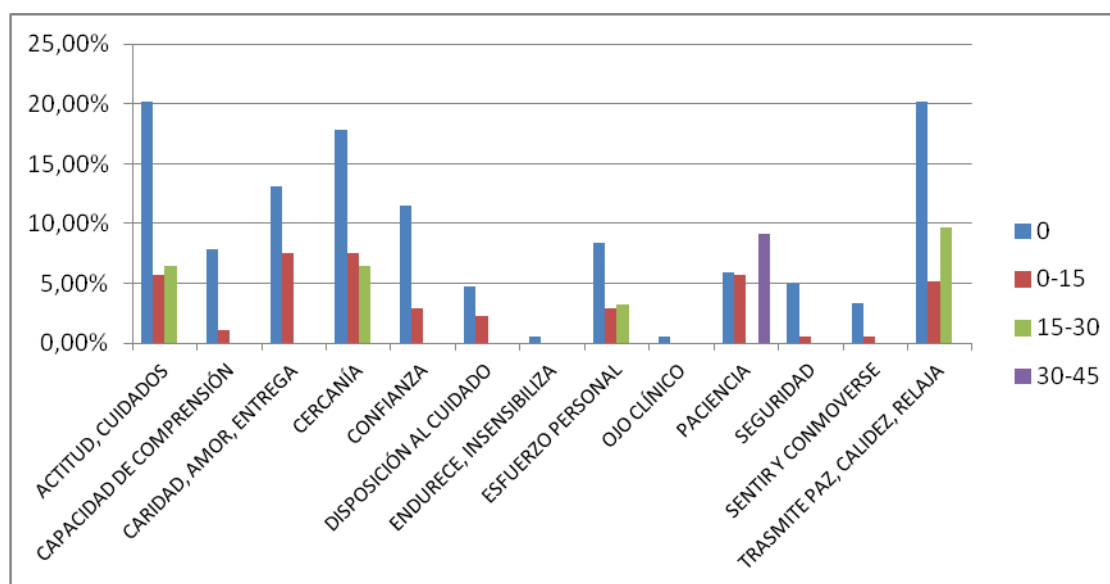


Gráfico 105. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Atributos.

Con estos resultados referentes a las concepciones sobre la enfermera, que tienen que ver con capacidad de comprensión, caridad, amor, entrega, confianza y transmitir seguridad, podemos decir, que los profesionales en los primeros años de su actividad profesional, consideran muy importante que la enfermera muestre hacia sus pacientes caridad, amor, entrega, confianza y transmita seguridad con el objetivo de conseguir que se sientan confortados en su sufrimiento. Por tanto, cuando los pacientes tienen cerca a la enfermera dándoles confianza, seguridad y ayudándoles a mantener la esperanza, se sienten aliviados y reconfortados. Sin embargo, los profesionales que llevan trabajando más de quince años no manifiestan ninguna de estas atribuciones.

Resultados Rango Antigüedad –Creencias

Nos preguntamos si el número de años trabajados modifica las percepciones de los profesionales de la salud respecto a los motivos que llevaron a las enfermeras a elegir la enfermería como profesión, para ello relacionamos la variable Rango Antigüedad al relacionarla con la categoría Creencias (ver Gráfico 106) y hemos encontrado diferencias significativas en *ejecuta órdenes* donde, de los profesionales

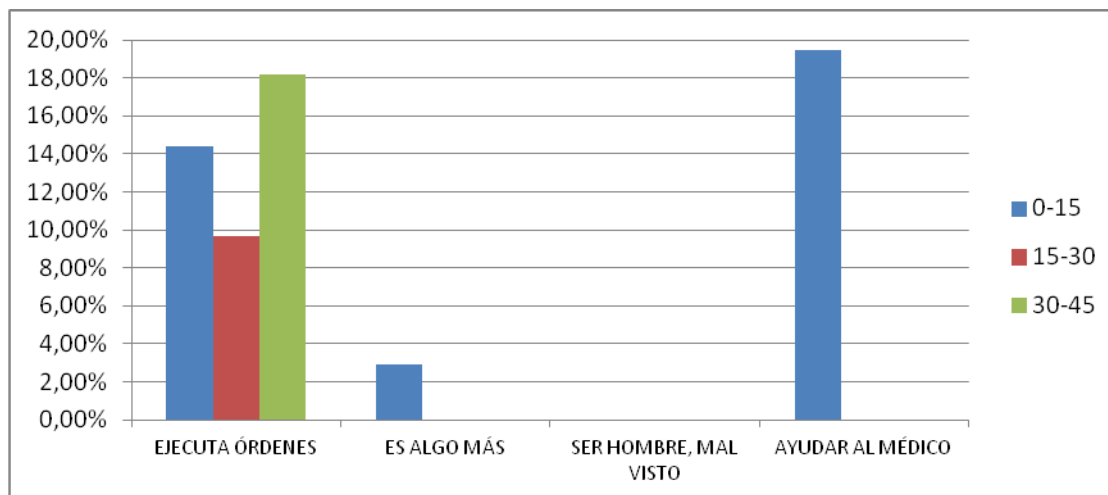


Gráfico 106. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Creencias.

que llevan trabajando entre 0-15 años, los que llevan entre 15-30 años y los que llevan entre 30-45 años manifiesta que las enfermeras están a las órdenes del médico en el ejercicio del cuidado. En *ayudar al médico*, los que llevan trabajando, entre 0-15 años, manifiestan que la enfermera ayuda, auxilia al médico u odontólogo en su ejercicio profesional.

Con estos resultados podemos decir que los profesionales que llevan trabajando desde su inicio hasta los cuarentaicinco años manifiestan que las enfermeras están a las órdenes del médico en el ejercicio del cuidado. En este sentido, pensamos que a la enfermería no se la otorgar la consideración profesional que se merece, de manera, que es percibida como una profesión supeditada al quehacer de otro profesional, sin ver ni reconocer las funciones que desempeña. Relacionado con lo anterior estaría el hecho de que los profesionales que llevan pocos años en el ejercicio profesional ven a la enfermera como la persona que *ayuda al médico*.

Como consecuencia, decimos, que los profesionales de la salud a medida que aumentan sus años de ejercicio profesional, se van adaptando a las situaciones laborales, los médicos imponiendo sus criterios y modos de hacer y las enfermeras acomodándose a las situaciones y, en ocasiones, deliberando que la lucha por conseguir el espacio profesional anhelado, supone mucho esfuerzo y es mejor dejarlo que trascurra en el tiempo, de alguna manera, esperando que “alguien” coloque a las enfermeras en el lugar que las pertenece estar.

Resultados Rango Antigüedad -Disposición /Vocación

Al relacionar la variable Rango Antigüedad con la categoría Disposición /Vocación, como podemos ver en el Gráfico 107, aparecen diferencias significativas en el código *vocación* sí. Donde los profesionales que llevan ejerciendo la profesión, desde su inicio hasta quince años, y los que llevan entre treinta y cuarenta y cinco años

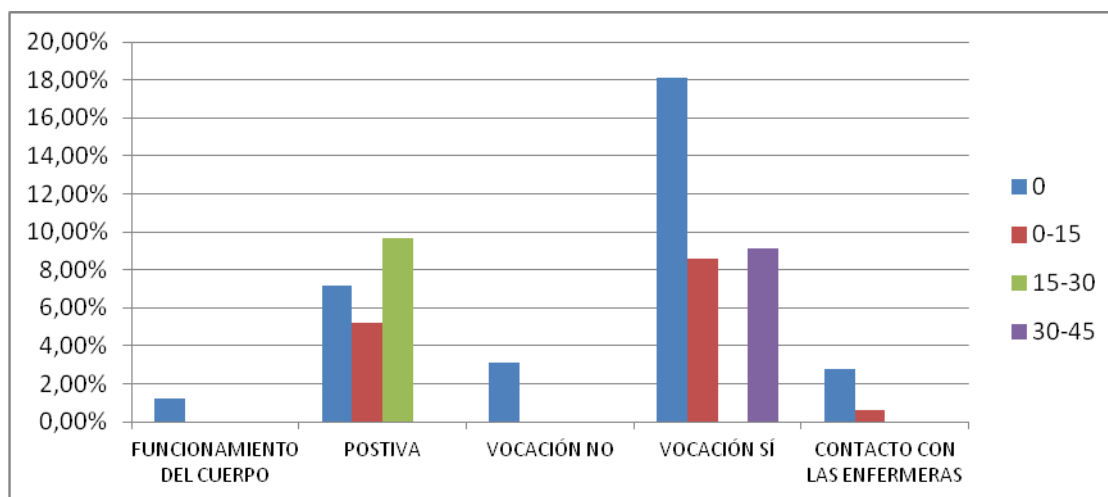


Gráfico 107. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Disposición/Vocación.

manifiestan que algunas enfermeras desde la infancia ya deseaban ser enfermeras, en su mayoría motivadas por distintas circunstancias. En alguno de los casos, por conocer a la enfermera, bien por haber tenido un ingreso en un hospital y, ser cuidado por ellas, en otros, por acompañar a un familiar durante su estancia en el hospital. Sin embargo, nos llama la atención que los profesionales que llevan trabajando entre quince y treinta años no hagan ninguna referencia a la *vocación*. Por este motivo, podemos pensar que en los primeros años de ejercicio profesional las personas están motivadas y entusiasmadas con aquello que realizan, y en el transcurrir del tiempo, el entusiasmo y, la motivación inicial se estanca. Posteriormente, cuando se ha adquirido experiencia y, desarrollado el sentimiento de estar “devuelta”, siendo uno mismo, a la hora de hacer o decir, se manifiesta y se reconoce, que la *vocación* es aquello que uno quiere realizar, y, que no le supone esfuerzo para ejecutarlo, consiguiendo con ello satisfacciones profesionales, tanto, si los resultados son positivos, como si no son, siempre que se tenga la certeza de haber cumplido con el deber que uno se haya propuesto.

Resultados Rango Antigüedad –Sentimientos de la Enfermera

Para conocer qué dicen los profesionales, que llevan trabajando desde 0-15, de 15-30 y de 30-40 años, sobre cómo piensan y sienten las enfermeras en los aspectos concernientes al ejercicio del cuidado, hemos relacionado la variable Rango Antigüedad con la categoría Sentimientos de la Enfermera (ver Gráfico 108) y vemos que aparecen diferencias significativas en *responsabilidad y trabaja en el ámbito de la salud*, al manifestar los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 años, los que llevan entre 15-30 y los que llevan entre 30-45 años expresan que las enfermeras

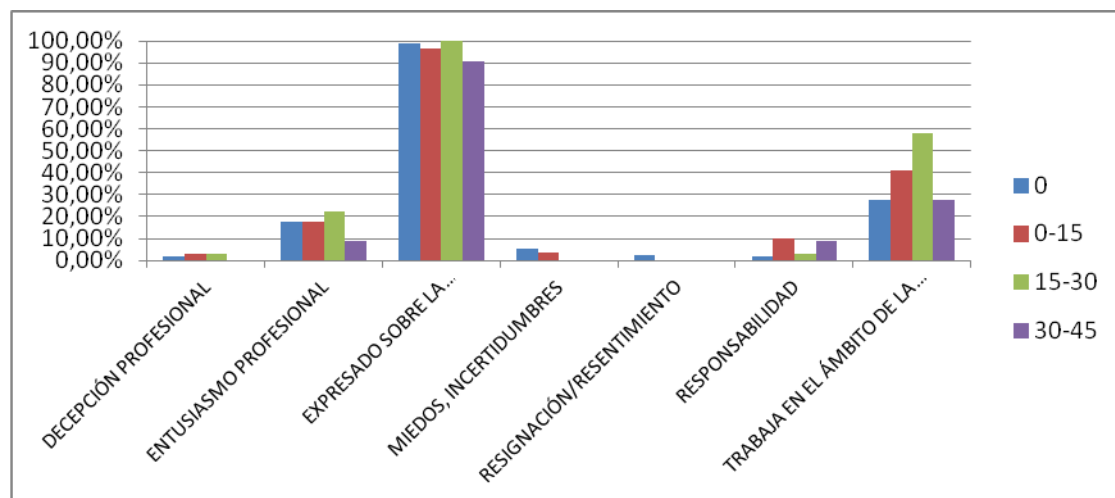


Gráfico 108. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Sentimientos de la Enfermera.

asumen la responsabilidad de las actividades que realizan y se implican en el logro del desempeño con una actitud positiva. Además, dicen que la enfermera es la persona, que trabaja o desarrolla su actividad en el ámbito de las ciencias de la salud.

Con estos resultados, podemos decir, que los profesionales de nuestro estudio que llevan trabajando desde su inicio hasta cuarentaicinco años de ejercicio profesional, apuntan, que las enfermeras asumen la responsabilidad y se implican en el logro del desempeño profesional con una actitud positiva.

Resultados Rango Antigüedad –Género

Para saber qué género eligen los profesionales, que llevan trabajando desde de 0-15, de 15-30 y de 30-40 años, para nombrar a la enfermera en sus relatos, hemos relacionado la variable Rango Antigüedad con la categoría Género, como muestra el Gráfico 109 las diferencias significativas que existen al utilizar mayoritariamente los tres grupos el género *femenino* “enfermera” para referirse al profesional que imparte cuidados.

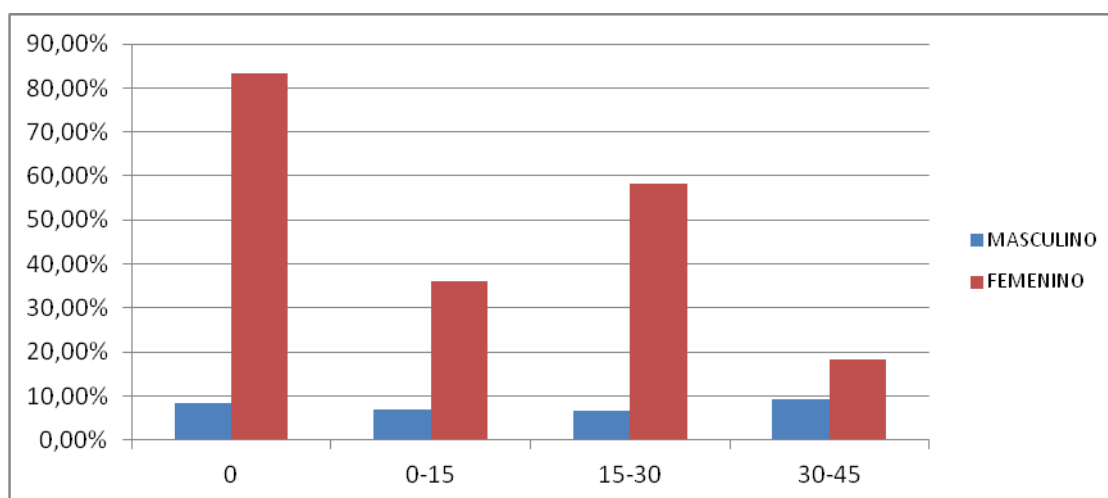


Gráfico 109. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Género.

Con estos resultados, en nuestra opinión, los profesionales de nuestro estudio que llevan trabajando desde su inicio hasta cuarenta y cinco años han utilizado con mayor asiduidad el término “enfermera” para referirse al profesional de enfermería que imparte cuidados.

Podríamos explicarlo por dos motivos, uno por ser una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres, durante décadas y en la actualidad y, otro, por ser muy pocos los hombres que participan en nuestro estudio.

Resultados Rango Antigüedad –Identificación con la profesión

Para saber, qué elementos de la profesión enfermera identifican en sus textos, los profesionales que llevan trabajando desde 0-15, desde 15-30 desde 30-40 años, hemos relacionado la variable Rango Antigüedad con la categoría Identificación con la profesión (ver Gráfico 110) y hemos encontrado diferencias significativas en el análisis de *sentir orgullo profesional* y *un profesional*, donde los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 años, los que llevan entre 15-30 años y los que llevan entre 30-45 años, dicen que las enfermeras están conformes con su profesión y, por tanto, se sienten orgullosas de ser enfermeras; que es un profesional competente. Por otra parte, los que llevan trabajando entre 0-15 años, *en seguir estudiando*, manifiestan que las enfermeras necesitan seguir estudiando, con el fin de ampliar conocimientos y encontrar “algo más” que satisfaga sus metas profesionales.

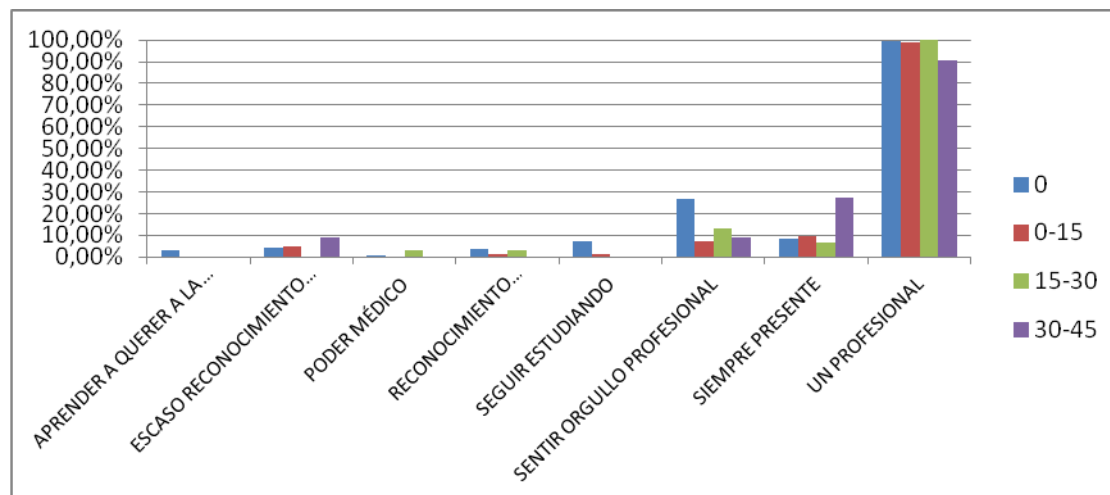


Gráfico 110. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Identificación con la profesión.

Con estos resultados, decimos que los profesionales de nuestro estudio que llevan trabajando entre uno y cuarentaicinco años manifiestan que las enfermeras han aprendido a querer a su profesión, se sienten orgullosas de ser enfermeras y, están dispuestas a asumir el cuidado de las personas sanas, por medio de la educación para la salud. Al mismo tiempo, dicen que las enfermeras tienen conocimientos, habilidades y la capacidad de asumir el cuidado de las personas cuando han perdido la salud y reconocen que la enfermera es un profesional competente en ese campo. Por otra parte, sólo, los que llevan trabajando entre cero y quince años, manifiestan que las enfermeras necesitan seguir estudiando, con el fin de ampliar conocimientos y encontrar “algo más” que satisfaga sus metas profesionales. Por este motivo, pensamos que las enfermeras, en los primeros años de su ejercicio profesional, al comprobar que no pueden avanzar en su profesión, sienten la necesidad de seguir formándose, y lo hacen, en otras disciplinas.

Resultados Rango Antigüedad –Relacionado con el Médico

Para ver, qué elementos de la relación enfermera médico aparecen los textos de nuestros participantes que llevan trabajando desde 0-15, desde 15-30 y desde 30-40 años, hemos relacionado la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Relacionado con el Médico y como podemos ver en el Gráfico 111 hemos encontrado diferencias significativas en *colabora*, donde, los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 y los que llevan entre 15-30 años manifiestan que las enfermeras colaboran con el médico. En *quería ser médico*, los profesionales de que llevan trabajando entre 0-15 años declaran, que por distintas circunstancias, algunas enfermeras, no pudieron estudiar medicina y eligieron enfermería.

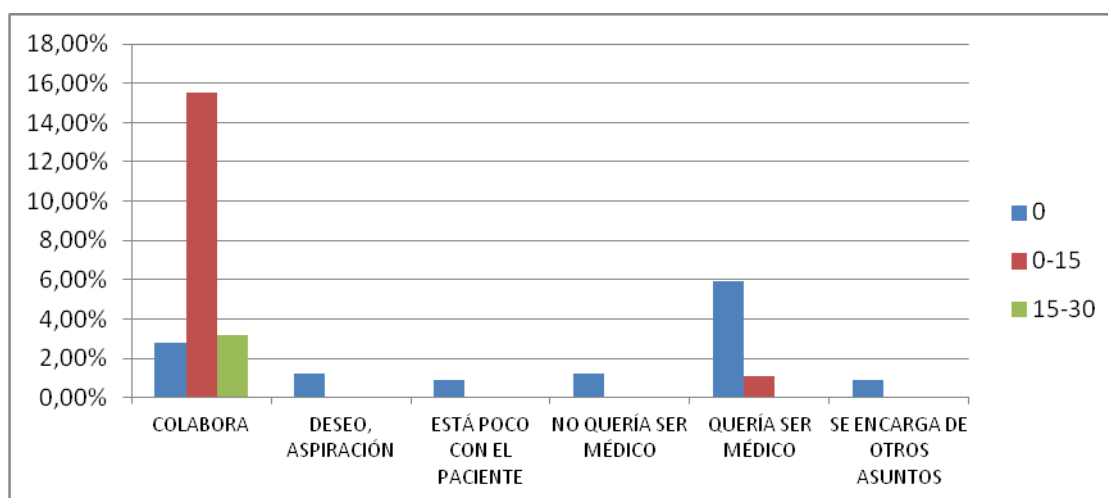


Gráfico 111. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Relacionado con el Médico.

Luego, los profesionales que llevan trabajando entre, cero y treinta años, manifiestan que las enfermeras colaboran con el médico, facilitan su trabajo, le avisan cuando la situación del paciente lo requiere y, en alguna medida, son el enlace entre el paciente y el médico. A su vez, los profesionales de que llevan trabajando entre cero y quince años, expresan que por distintas circunstancias, algunas enfermeras no pudieron acceder a los estudios de medicina, teniendo que elegir otra profesión sanitaria y, eligieron enfermería.

Qué hace

Para responder a esta pregunta tenemos la categoría Cuidar y Ejercicio profesional.

Resultados Rango Antigüedad -Cuidar

Como podemos ver en el Gráfico 112, hemos relacionado la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Cuidar, para ver si existen diferencias significativas, en las manifestaciones que sobre el cuidar han expresado los profesionales, que llevan trabajando entre 0-15, entre 15-30 y entre 30-45 años, sobre las actividades que las enfermeras realizan.

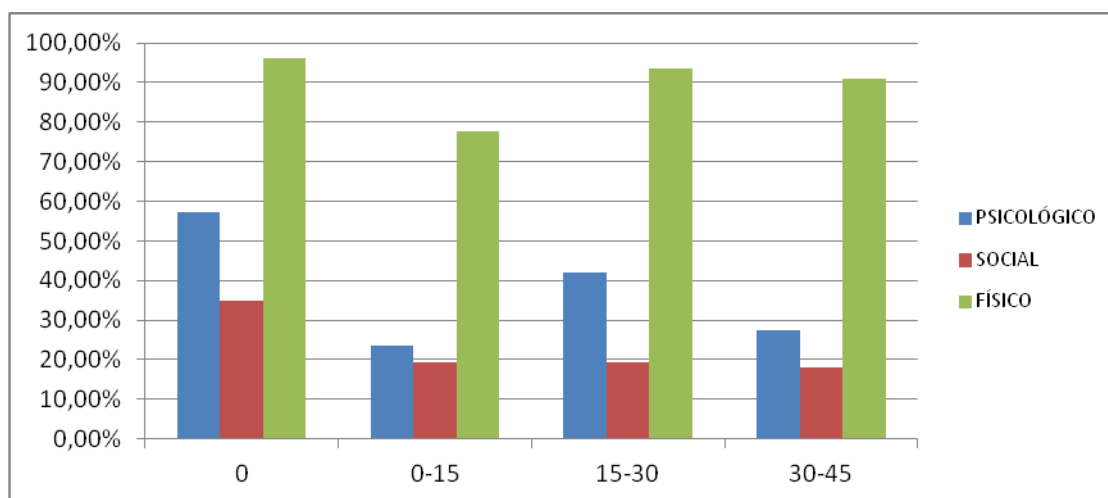


Gráfico 112. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Cuidar.

Hemos encontrado diferencias significativas en *psicológico, social y físico*. Donde, los profesionales que llevan trabajando entre 0-15, los que llevan entre 15-30 y los que llevan entre 30-45 años, manifiestan que las enfermeras, cuidan buscando el bienestar psicológico, la mejoría social y buscando la recuperación del paciente.

Por tanto, con estos resultados nos atrevemos a decir que los profesionales que llevan trabajando, desde su inicio hasta los cuarenta y cinco años, manifiestan que las enfermeras cuidan y buscan el bienestar psicológico del paciente y se ayudan de técnicas psicoterapéuticas. Que, además, las enfermeras pretenden que el paciente consiga mejorar su bienestar social y, para conseguirlo le apoyan y ayudan, en todo lo necesario. Luego, de alguna manera, las enfermeras cuidan a las personas en todos aquellos aspectos en los que detectan déficits de salud, buscando, que la persona consiga la máxima recuperación que sea posible (Henderson, 1971).

Resultados Rango Antigüedad -Ejercicio profesional

Al relacionar la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Ejercicio profesional, como podemos ver en el Gráfico 113, existen diferencias significativas entre los profesionales que llevan trabajando entre 0-15, entre 15-30 y entre 30-45 años, sobre las actividades que las enfermeras realizan en *actividades; cargas de trabajo; dar cuidados; otras unidades; promoción, prevención, autocuidado cuidados*.

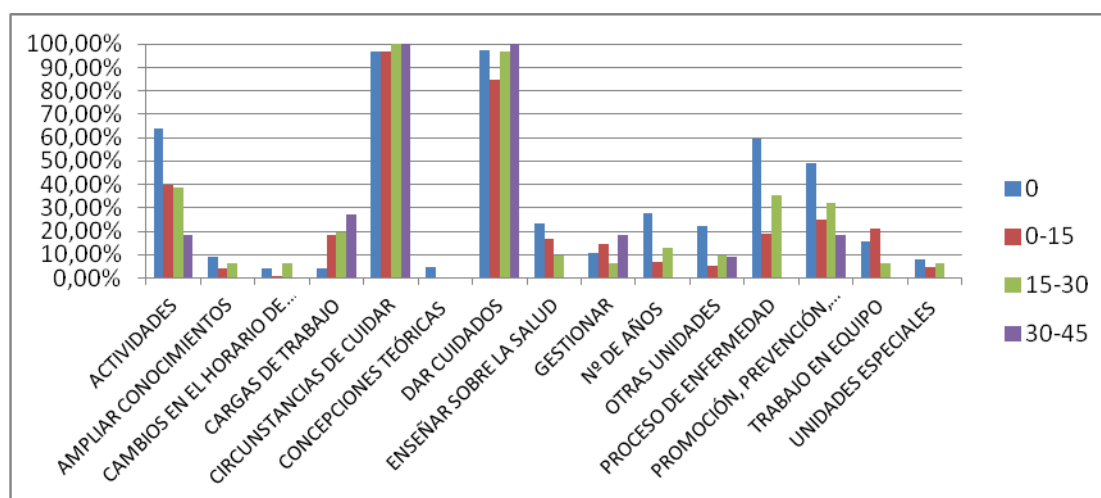


Gráfico 113. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Ejercicio profesional.

Donde los profesionales que llevan trabajando entre 0-15, entre 15-30 y entre 30-45 años, manifiestan que las enfermeras realizan una serie de actividades para atender a las personas que cuidan; que tienen dificultades para administrar los cuidados por el aumento de cargas de trabajo; que administran los cuidados utilizando su conocimiento y pericia, sabiendo el qué hacer y para qué, buscando el bienestar del otro; que han trabajado en distintas unidades de hospitalización y en distintos centros asistenciales y que las enfermeras promueven la mejora de la salud en las personas.

Al mismo tiempo, también, hemos encontrado diferencias significativas en los códigos *enseñar sobre la salud*; *nº de años*; *proceso de enfermedad*; *trabajo en equipo*. Donde los profesionales de nuestro estudio que llevan trabajando entre 0-15 y entre 15-30 años, manifiestan que las enfermeras transmiten conocimientos y saberes en todo lo relacionado con la salud; que llevan ejerciendo la profesión de enfermería los mismos años que la enfermera de su dibujo; que la enfermera realiza su actividad, tanto en el proceso de enfermedad, como en la prevención; que el trabajo en equipo es un factor positivo para las relaciones profesionales y repercute favorablemente en la recuperación de las personas.

Con estos resultados, podemos decir, que los profesionales de nuestro estudio que llevan trabajando desde su inicio profesional hasta los cuarentaicinco años manifiestan que las enfermeras en el ejercicio del cuidado realizan una serie de actividades para atender a las personas que han perdido la salud. A su vez, declaran que debido a las cargas de trabajo originadas por el aumento de la asignación de pacientes por enfermera, no pueden administrar los cuidados deseados y esperados. No obstante, a pesar de las dificultades

ayudan a los pacientes en todas sus necesidades. También, expresan que las enfermeras, cuidan utilizando sus conocimientos y pericia, sabiendo el qué hacer y para qué, buscando el bienestar de la persona cuidada. Además, educan a la población para que adquirir los conocimientos que la ayuden a prevenir la enfermedad y mantener la salud. Por otra parte, refieren que las enfermeras han trabajado en distintas unidades de hospitalización y en distintos centros asistenciales.

Por otro lado, también los profesionales que llevan trabajando desde su inicio hasta los treinta años, reconocen, que las enfermeras transmiten conocimientos y saberes en todo lo relacionado con la salud. Al mismo tiempo, dicen que llevan ejerciendo la profesión de enfermería los mismos años que la enfermera de su dibujo y, que, la enfermera realiza su actividad, tanto en el proceso de enfermedad, como en la prevención. A su vez, expresan que el trabajo en equipo es un factor positivo para las relaciones profesionales y repercute favorablemente en la recuperación de las personas.

Cómo lo hace

Incluye las categorías Instrumento y relacionado con la profesión.

Resultados Rango Antigüedad- Instrumento

Para conocer si existían diferencias significativas entre los profesionales que llevan trabajando entre 0-15, entre los que llevan 15-30 y entre los que llevan 30-45 años, sobre las técnicas instrumentales y sociales, que las enfermeras realizan. Hemos relacionado la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Instrumento, como podemos ver en el Gráfico 114, aparecen diferencias significativas en *administra*;

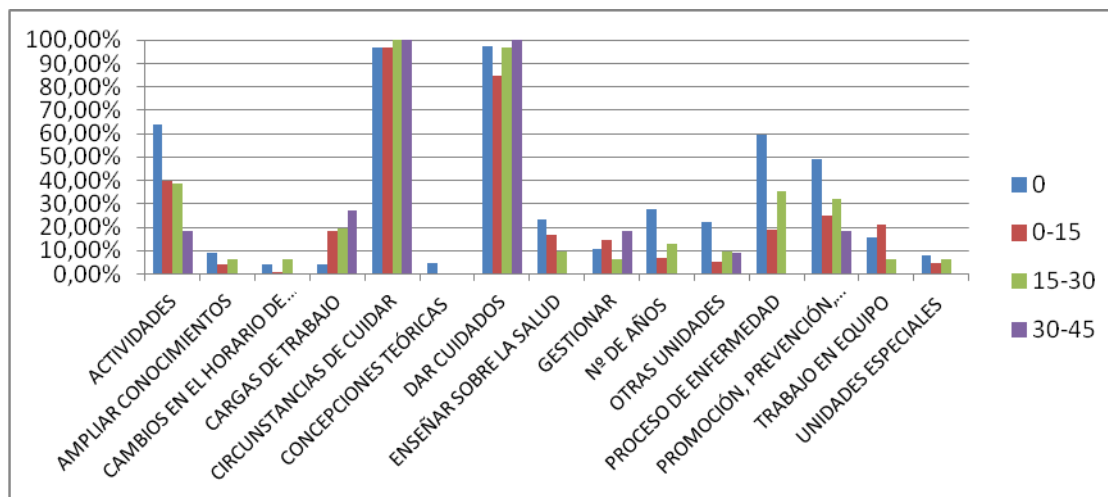


Gráfico 114. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Instrumento.

comunica, informa; conocimientos; empatía, comprensión, apoyo, escucha activa; familia, entorno social; técnicas instrumentales. Donde los profesionales de nuestro estudio que llevan trabajando entre 0-15, entre 15-30 y entre 30-40 años manifiestan que las enfermeras administran cuidados para cubrir las necesidades terapéuticas de las personas que cuidan; mantienen una buena relación-comunicación con el paciente; poseen amplios conocimientos de cuidados teóricos y prácticos y, saben aplicarlos según las circunstancias; poseen habilidades de comunicación-relación, apoyo y comprensión a la persona cuidada; apoyan y ayudan al paciente y familia; utilizan el proceso de atención de enfermería en el ejercicio del cuidado y las nuevas tecnologías.

En cambio, en *elabora, registra*, los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 y los que llevan entre 15-30 años, revelan que las enfermeras elaboran planes de cuidados con el fin de administrar cuidados individualizados y registran los datos obtenidos. A su vez, en *investiga* los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 y los que llevan entre 15-30 años señalan que las enfermeras realizan investigaciones en su campo disciplinar con el fin de mejorar sus prácticas cuidadoras y conseguir aumentar los niveles de salud de las personas.

Con estos resultados podemos afirmar que los profesionales que llevan trabajando, desde su inicio hasta cuarentaicinco años, manifiestan que las enfermeras, administran cuidados para cubrir las necesidades terapéuticas de las personas que cuidan. Para conseguirlo, las enfermeras utilizan el proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Además, expresan que mantienen una buena relación-comunicación con el paciente, e informan al equipo sobre su salud, a la vez que, también, informan a su familia. Al mismo tiempo, declaran que las enfermeras poseen amplios conocimientos de cuidados teóricos y prácticos y saben aplicarlos con la ayuda de distintas técnicas (observación, escucha activa, relación enfermera paciente, etc.). De igual manera, que dan apoyo y comprensión a las personas que cuidan, apoyan y ayudan a su familia en todos los aspectos relacionados con la enfermedad. Además facilitar los contactos relacionados con redes sociales como asociaciones, grupos de autoayuda, etc., que las personas necesitan cuando han perdido la salud.

También, los profesionales que llevan trabajando, desde su inicio hasta treinta años, manifiestan que las enfermeras elaboran planes de cuidados individualizados y registran los datos obtenidos de la observación a los pacientes que cuidan. De manera, que, a la vez que

cuidan, también, investigan en este campo con el fin de mejorar sus prácticas cuidadoras y aportan nuevos conocimientos a su disciplinar.

Resultados Rango Antigüedad - Relacionado con la profesión

Quisimos saber si existían diferencias significativas sobre las opiniones, que los profesionales que llevan trabajando entre 0-15, entre 15-30 y entre 30-45 años, y como podemos ver en el Gráfico 115 que recoge la relación la variable agrupadora Rango antigüedad, hemos obtenido diferencias significativas en *apoyo paciente y familia*, *proporcionar bienestar*, *conseguir bienestar del...*, *contacto con el...*, *cumplimiento profesional*, donde los profesionales que llevan trabajando entre 0-15, entre 15-30 y entre 30-45 años, manifiestan que las enfermeras están al lado del paciente y familia, apoyando, explicando y recogiendo información para dársela a otros profesionales; que realizan actividades cuidadoras dirigidas a mantener, preservar la salud, cubrir todas las necesidades de las personas que cuidan.

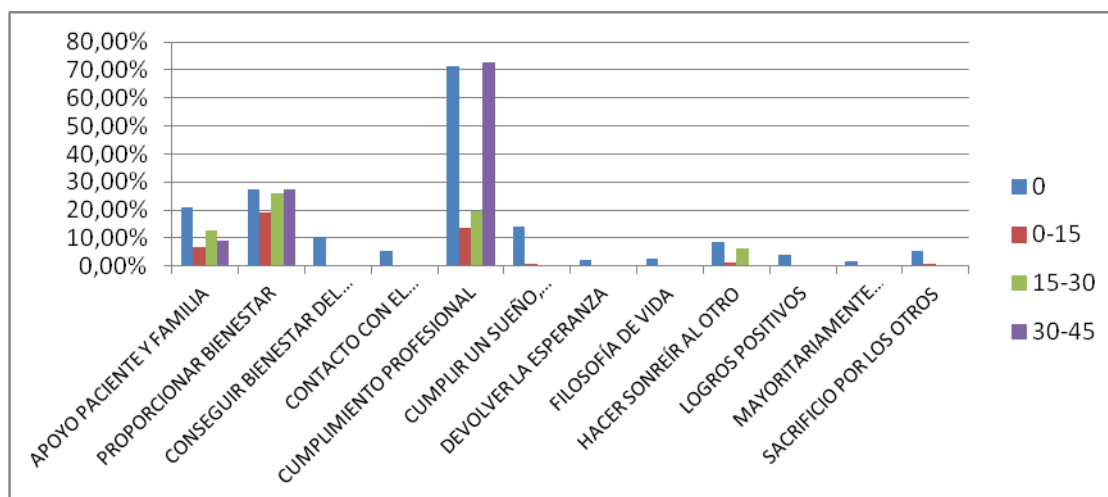


Gráfico 115. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Relacionado con la profesión

A la vista de estos resultados, en nuestra opinión los profesionales que llevan trabajando desde su inicio hasta cuarentaicinco años, manifiestan que las enfermeras están al lado del paciente y familia, apoyando, explicando y recogiendo información para dársela a otros profesionales de la salud. A la vez, que realizan actividades cuidadoras dirigidas a mantener, preservar la salud y dar respuesta a las necesidades de las personas. Al mismo tiempo, también, aplican los principios éticos y deontológicos de la profesión y, lo hacen, con compromiso e implicación profesional.

Qué pretende

Como venimos diciendo, la enfermera da cuidados con el fin de mejorar la salud de las personas que atiende. Aquí, presentaremos la categoría Metas.

Resultados Rango Antigüedad –Metas

Para conocer las opiniones que los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 años, los que llevan entre 15-30 y los que llevan entre 30-45 años, tienen sobre las Metas que la enfermera pretende alcanzar en el cuidado, hemos relacionado la variable Rango Antigüedad con la categoría Metas (ver Gráfico 116), donde hemos encontrado diferencias significativas en los códigos, *acompañar; cuidado del otro; mantener, mejorar, prevenir; profesional competente; promoción salud*. Donde, los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 años, los que llevan entre 15-30 años y los que llevan entre 30-45 años, manifiestan que las enfermeras pretenden estar al lado de la persona que sufre, velando y ayudando a soportar la enfermedad para hacer más llevadero el sufrimiento; que pretenden cuidar a las personas en todas las esferas y mantener y/o mejorar la salud y, prevenir la enfermedad de las personas que cuida y de la población en general; que las enfermeras promueven buenas prácticas de salud en la población que atienden.

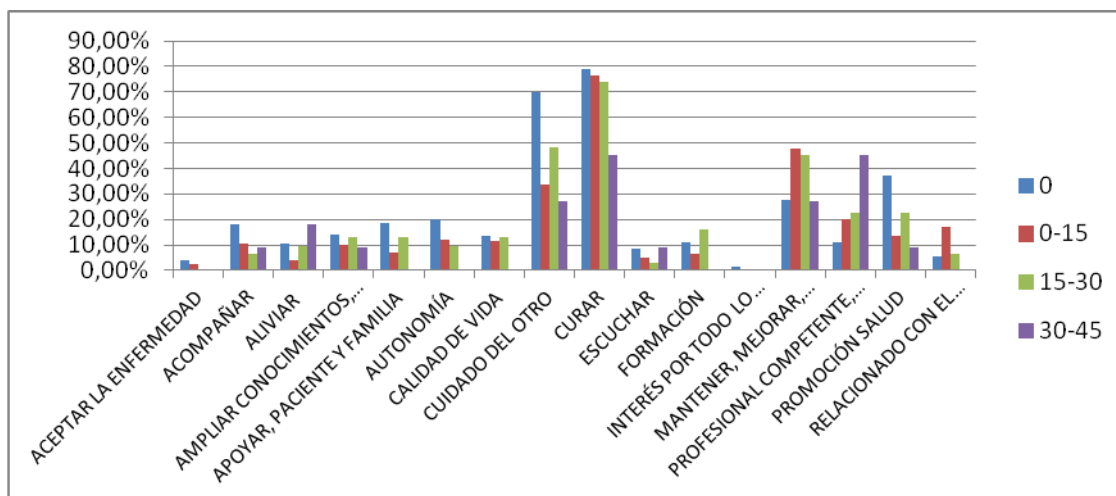


Gráfico 116. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Metas.

Además, en *apoyar, paciente y familia; autonomía; relacionado con el trabajo*, los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 y los que llevan entre 15-30 años, dicen que las enfermeras pretenden estar con el paciente y familia apoyándoles en todo momento; que buscan la autonomía del paciente; que desean realizar bien su trabajo siendo eficaces en la ejecución del mismo.

Con los resultados obtenidos, de relacionar la variable Rango Antigüedad con la categoría Metas, podemos decir, que los profesionales, que llevan trabajando desde su inicio profesional hasta los cuarentaicinco años, manifiestan que las enfermeras pretenden estar al lado de la persona que sufre, velando y ayudándola a soportar la enfermedad y, conseguir que sea más llevadero el sufrimiento. A su vez, las enfermeras pretenden cuidar a las personas en todas las esferas y, mantener, y/o mejorar la salud previniendo la enfermedad. Al mismo tiempo, reflejan que las enfermeras promueven buenas prácticas de salud en la población que atienden. Al mismo tiempo, opinamos, que los profesionales que llevan trabajando, desde su inicio profesional hasta los treinta años, dicen que las enfermeras pretenden estar con el paciente y familia, apoyándoles, en todo momento. Además, de buscar la autonomía del paciente buscan su autonomía profesional, a la vez, que desean realizar bien su trabajo.

En qué circunstancias

Las enfermeras ejercen su profesión en diversos ámbitos, allá donde se encuentren, suelen ser, es el hospital, el centro de salud, residencias, etc.

Resultados Rango Antigüedad –Escenario

Al relacionar la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Escenario, con el fin de ver si existían diferencias significativas entre los profesionales que llevan trabajando entre 0-15, los que llevan entre 15-30 y los que llevan entre 30-45 años, sobre el lugar donde las enfermeras realizan su actividad, (ver Gráfico 117)

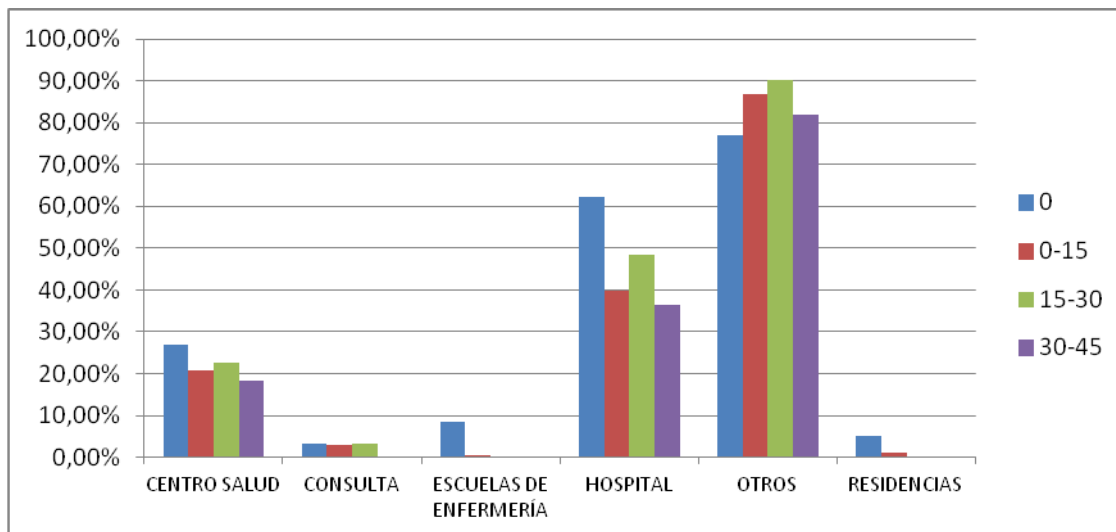


Gráfico 117. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Escenario.

hemos encontrado diferencias significativas en los códigos *hospital* y *Otros*, donde, los profesionales que llevan trabajando entre 0-15, los que llevan entre 15-30 y los que llevan entre 30-45 años, manifiestan que las enfermeras realizan su actividad asistencial en el hospital; que las enfermeras ejercen su actividad en distintas situaciones de enfermedad o promoción de la salud.

Luego, con estos resultados, podemos decir, que los participantes en nuestro estudio que llevan trabajando, desde su inicio profesional, hasta los cuarentaicinco años, manifiestan que las enfermeras realizan su actividad asistencial en el hospital y, que, además, la ejercen en distintas situaciones de la enfermedad o en la promoción de la salud.

Resultados Rango Antigüedad – Reflexiones

Con el fin de conocer si el número de años de ejercicio profesional modifica o no, las concepciones sobre las reflexiones Filosóficas, Históricas, Teóricas, Propuestas para recategorizar, Intuiciones, Afirmaciones y dudas respecto a la profesión enfermera hemos relacionado la variable Rango Antigüedad con la categoría Reflexiones (ver Gráfico 118).

Hemos encontrado diferencias significativas en los códigos *FILOSÓFICAS*, *HISTÓRICAS*, *TEÓRICAS*. Donde, los profesionales que llevan

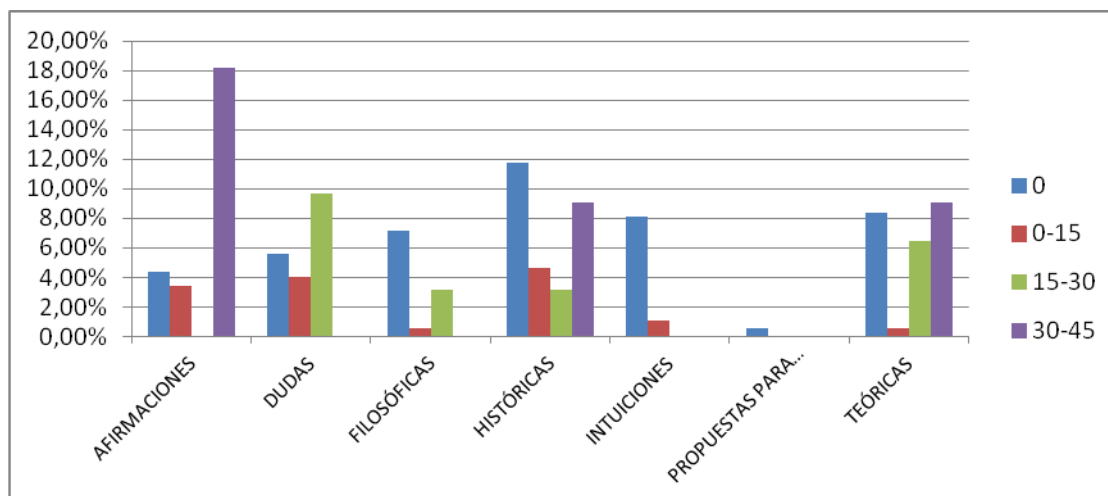


Gráfico 118. Relación entre la variable agrupadora Rango Antigüedad y la categoría Reflexiones.

trabajando entre 0-15 años, los que llevan entre 15-30 y los que llevan entre 30-45 años manifiestan que las enfermeras tienen propósito de ayudar a las personas desde una visión bio-psico-social; que las enfermeras en su trayectoria profesional pasan por distintos hospitales y centro de salud; que las enfermeras inician su ejercicio profesional con muchas ganas y van aumentando su experiencia y conocimiento en el cuidado del otro. En *INTUICIONES*, *AFIRMACIONES* los profesionales que llevan trabajando entre 0-15 y los que llevan 15-30 años, exponen, que hay enfermeras que no están satisfechas con su profesión, solamente, les gusta realizar técnicas y procedimientos sin priorizar el cuidado del otro; que las enfermeras tienen una posición firme en la búsqueda de un lugar identitario.

Con estos resultados, podemos decir, que los profesionales que llevan trabajando, desde su inicio, hasta los cuarenta y cinco años, dicen, las enfermeras tienen el propósito de ayudar a las personas, desde una visión bio-psico-social. Además, manifiestan que las enfermeras en su trayectoria profesional pasan por distintos hospitales y centro de salud. A su vez, expresan que las enfermeras inician su ejercicio profesional con muchas ganas y van aumentando su experiencia y conocimiento en el cuidado del otro. En cambio, los profesionales que llevan trabajando, desde su inicio, hasta los treinta años, manifiestan que hay enfermeras que no están satisfechas con su profesión y, solamente, les gusta realizar técnicas y procedimientos, sin priorizar el cuidado. Al mismo tiempo, reconocen que las enfermeras tienen una posición firme, en la búsqueda de un lugar identitario.

6.2. CONCLUSIONES

De toda la información aportada en este Capítulo podemos extraer algunas conclusiones que nos faciliten dar respuestas a las preguntas de la pentada dramatúrgica que en esta tesis hemos seguido en el análisis de los textos y dibujos. Las respuestas que hemos obtenido a la pregunta quién es la enfermera en cada una de las variables agrupadoras en la categoría Atributos, determinan que los estudiantes de dos Escuelas de Enfermería diferentes, los estudiantes de cada uno de los cursos de que participan en nuestro estudio, los hombres y las mujeres y los profesionales que llevan ejerciendo su profesión, desde su inicio hasta los quince años manifiestan que los atributos deben tener las enfermeras para ejercer el cuidado, tienen que ver con mostrar caridad, amor, entrega, cercanía, calidez, confianza y seguridad con las personas cuidadas, eliminando barreras en la comunicación enfermo-paciente, facilitando la expresión de sentimientos y ayudando a disminuir el sufrimiento del paciente. Sin embargo, debemos añadir, los profesionales, desde su inicio en este campo y hasta los treinta años, también reconocen que las enfermeras deben de mostrar una actitud favorable al cuidado. En cambio, los profesionales que llevan trabajando más de treinta años no refieren ninguna de estas atribuciones.

En relación con el Atuendo que debe llevar la enfermera, los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, por un lado, manifiestan que la enfermera debe llevar el pelo recogido y un uniforme apropiado para ejercer el cuidado y, por otro, en la variable Curso, solamente los estudiantes de primero y segundo curso manifiestan que las enfermeras deben de llevar el pelo recogido, en el ejercicio del cuidado y, a su vez, continuando con esta variable, solamente los estudiantes de primero hacen referencia al uniforme y afirman que en muchas ocasiones se representa a las enfermeras con una vestimenta que no es apropiada para el ejercicio del cuidado. Por tanto, podemos decir que en los primeros cursos de la formación están muy presentes aspectos identitarios que han marcado considerablemente el modo de configurar la representación de la enfermera y que, a medida que se produce su socialización en las instituciones académicas y hospitalarias, van perdiendo importancia. Tanto es así, que en esta categoría no hemos encontrado diferencias significativas en las variables agrupadoras Género y Rango Antigüedad.

En cuanto a la categoría Creencias, los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, los estudiantes de primero, segundo y tercero de la Diplomatura de Enfermería, los hombres y mujeres de nuestro estudio, así como los profesionales que llevan trabajando desde su inicio hasta los cuarenta y cinco, años manifiestan que las enfermeras están a las órdenes del médico en el ejercicio del cuidado. Por otro lado, los estudiantes de

primero creen que las enfermeras ayudan al médico. Frente a ello, como hemos visto, los estudiantes de tercero no hacen ninguna manifestación. Esta diferencia y la constatación de que el rol de ayudar al médico sólo es manifestado por los estudiantes de primero, nos conduce a entender que las percepciones y creencias sobre ciertos aspectos de la enfermería se van modificando al avanzar de curso.

Como consecuencia de lo anterior, podemos sostener que, a medida que aumentan sus años de ejercicio profesional, los profesionales de la salud se van adaptando a las situaciones laborales: los médicos van imponiendo sus criterios y modos de hacer y las enfermeras van acomodándose a las situaciones y, en ocasiones, deliberando entre el esfuerzo que les supone la lucha por conseguir el espacio profesional anhelado y el entendimiento de que es mejor dejarlo de lado para que trascorra en el tiempo, esperando que “alguien” las coloque en el lugar que les pertenece estar.

A la vista de los resultados obtenidos a través de la puesta en relación de cada una de las variables agrupadoras con la categoría Disposición/Vocación de las enfermeras hacia el cuidado, podemos decir que los estudiantes de La Paz y los de la Fundación Jiménez Díaz, los estudiantes de los tres cursos de la Diplomatura de Enfermería, los hombres y las mujeres de nuestro estudio y los profesionales que llevan trabajando quince años, así como los que llevan entre treinta y cuarenta y cinco años, coinciden en manifestar que algunas enfermeras ya deseaban serlo desde la infancia, motivadas por distintas circunstancias. En conexión con ello, debemos añadir que las opiniones de la sociedad en general, por diversos motivos relativos a la enfermedad, apuntan a que es necesario tener vocación para ejercer la enfermería.

En relación con los resultados obtenidos en cada una de las variables agrupadoras sobre los sentimientos de la enfermera acerca de su profesión, puede decirse que los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz; los estudiantes de los tres cursos de enfermería y los profesionales con hasta cuarenta y cinco años de antigüedad, manifiestan que las enfermeras asumen la responsabilidad de las actividades que realizan y se implican en lograrlas manteniendo una actitud positiva. A su vez, los hombres y las mujeres de nuestro estudio y los estudiantes de los tres cursos de enfermería entienden que la enfermera es la persona que trabaja o desarrolla su actividad en el ámbito de las ciencias de la salud y es en ese campo donde lleva a cabo el ejercicio del cuidado. También los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz expresan que tanto los estudiantes como las enfermeras sienten miedo y ansiedad al inicio de las prácticas clínicas y cuando inician su actividad por primera vez en una unidad.

En la categoría Género elegido por nuestros participantes para nombrar al profesional que imparte cuidados y en nuestra interpretación de los resultados, los estudiantes de La Paz y

los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz; los estudiantes de los tres cursos de enfermería; los hombres y las mujeres de nuestro estudio y los profesionales que llevan trabajando hasta cuarentaicinco años utilizan mayoritariamente el *femenino* para nombrar a la enfermera.

Asimismo, a la vista los resultados obtenidos en la categoría Identificación con la profesión en las cuatro variables agrupadoras que hemos utilizado en nuestro estudio, entendemos que los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz; los estudiantes de los tres cursos de enfermería de las dos escuelas; los hombres y las mujeres de nuestro estudio y los profesionales que llevan trabajando hasta cuarentaicinco años nos han transmitido que las enfermeras están conformes con su profesión y se sienten reconocidas y orgullosas de ser enfermeras, al tiempo que han querido expresar que las enfermeras necesitan seguir estudiando para, con sus conocimientos, encontrar un espacio de satisfacción y el reconocimiento profesional de la sociedad. No obstante, debemos señalar que los profesionales que llevan trabajando entre quince y cuarentaicinco años no refieren la necesidad de seguir estudiando ni el escaso reconocimiento de la sociedad.

Es por ello pues que se ponen de manifiesto algunas contradicciones existentes en la profesión, cuando, por una parte, se presenta la necesidad de seguir estudiando y ampliar conocimientos para encontrar un espacio de satisfacción y reconocimiento profesional y, por otra, aparecen algunas enfermeras conformes con su profesión y que se sienten orgullosas de serlo. Aun siendo así, entendemos, el hecho de sentirse conformes con la profesión de enfermera y orgullosas de serlo, no es óbice para comprender la baja consideración con la que cuentan. Podemos dar una explicación a estos resultados si los situamos en la ambivalencia que existe en torno a la identidad profesional de la enfermera, sobre todo dentro del colectivo enfermero donde precisamente se producen estas contradicciones.

Por otra parte, a la vista de la relación de las cuatro variables agrupadoras con la categoría Relacionado con el médico, los estudiantes de enfermería formados en dos instituciones distintas; los estudiantes de los tres cursos de enfermería; los hombres y las mujeres de nuestro estudio y los profesionales que llevan trabajando entre cero y treinta años se pone de manifiesto el entendimiento de que las enfermeras son el enlace entre el paciente y el médico, colaboran con él y le avisan cuando la situación del paciente lo requiere. A su vez, los estudiantes y los profesionales que llevan trabajando entre cero y quince años también afirman que las enfermeras, que con el paso del tiempo se sienten satisfechas de serlo, tuvieron que elegir enfermería como profesión porque, por distintas circunstancias, no pudieron estudiar medicina.

Con los resultados obtenidos sobre lo que hacen las enfermeras, podíamos decir que los estudiantes de dos escuelas de enfermería; los estudiantes de los tres cursos de enfermería; los hombres y mujeres que participan en nuestro estudio y los profesionales que llevan trabajando hasta cuarentaicinco años, exponen que las enfermeras cuidan buscando el bienestar psicológico, social y físico del paciente, al tiempo que con sus cuidados pretenden conseguir que la persona logre la mayor recuperación posible de salud.

En la categoría Relacionado con la profesión, los resultados obtenidos de las cuatro variables agrupadoras, permiten sostener que tanto los estudiantes por centro o por curso, como todos los hombres y mujeres y los profesionales que llevan trabajando desde cero a cuarentaicinco años entienden que la historia de sus dibujos, refleja los años que la enfermera dibujada lleva ejerciendo la profesión así como que las enfermeras realizan una serie de actividades cuidadoras empleando su conocimiento y pericia, sabiendo el qué hacer y para qué realizarlo, tanto a lo largo del proceso de la enfermedad como en la prevención de ésta. Para conseguirlo, gestionan los cuidados y asumen sus responsabilidades en todo el proceso de la enfermedad, aunque, eso sí, manifiestan las dificultades que encuentran para administrar los cuidados a causa del ajuste de las plantillas y el aumento en el número de pacientes asignados a cada profesional. No obstante, a pesar de las dificultades, se esfuerzan por ayudar y cuidar a todos los pacientes y manifiestan que el trabajo en equipo es un factor positivo para las relaciones profesionales y repercute favorablemente en la recuperación de la salud de las personas. A su vez, desde su concepción teórica de la enfermería, las profesionales contemplan a la persona como un ser bio-psico-social en interacción con su entorno y asumen su cuidado desde estas tres dimensiones. Al mismo tiempo, consideran que las enfermeras deben seguir ampliando sus conocimientos, para crear un cuerpo de saberes enfermeros que favorezca el desarrollo disciplinar y el progreso profesional.

A la cuestión centrada en cómo realizan las enfermeras su actividad y al relacionar la categoría Instrumento con cada una de las variables agrupadoras utilizadas en nuestro estudio, los participantes han respondido que las enfermeras realizan procedimientos y técnicas terapéuticas ya que poseen conocimientos y habilidades para ayudar a las personas que cuidan a conseguir su autonomía. Para ello, utilizan el proceso de atención de enfermería junto con la observación, dos herramientas necesarias para hacer el seguimiento y evolución del paciente, vigilando los cambios que pueda experimentar. También reconocen que utilizan habilidades de comunicación-relación, apoyo y comprensión del otro y saben cómo aplicar sus conocimientos de cuidados, tanto teóricos como prácticos, adaptándolos a las circunstancias de las personas. De igual manera que dan apoyo y comprensión a las personas que cuidan, apoyan y ayudan a sus familias en todos los aspectos relacionados con la enfermedad y les

facilitan los contactos relacionados con redes sociales, asociaciones, grupos de autoayuda, etc., que les puedan servir de ayuda. En su modo de hacer, además de registrar todos los cuidados que realizan, investigan sobre la forma de aplicar los cuidados.

La otra categoría que responde a las pregunta cómo ejecutan las acciones las enfermeras es Relacionado con la profesión. Los participantes en nuestro estudio han respondido, en cada una de las variables agrupadoras, que las enfermeras están al lado del paciente y familia recogiendo información para facilitársela a otros profesionales así como que realizan actividades cuidadoras dirigidas a mantener y preservar la salud, aplicando los principios éticos y deontológicos de la profesión, con compromiso profesional y, a su vez, implicándose para que el paciente sonría, se distraiga de sus pensamientos y pueda relajarse al sonreír. Asimismo, añaden, ayudan a los pacientes a llevar y aceptar la enfermedad y les acompañan hasta el final de la vida, intentando que consigan tener una muerte digna, por lo que, expresan, la enfermería es también una profesión dura que exige sacrificio.

Los resultados obtenidos a la pregunta qué pretenden alcanzar las enfermeras con sus cuidados y en la categoría Metas, nuestros participantes en las cuatro variables agrupadoras relacionadas con esta categoría, han puesto de manifiesto que pretenden curar permaneciendo al lado de la persona que sufre, ayudándola a soportar la enfermedad y a conseguir que el sufrimiento sea más llevadero. De alguna manera, las enfermeras se esfuerzan por ampliar sus conocimientos, por mejorar sus prácticas cuidadoras y por lograr ser profesionales competentes, al mismo tiempo que aspiran a conseguir su autonomía profesional y, a su vez, desean que los pacientes consigan la suya, realizando y ejecutando debidamente su trabajo.

Por último, a la pregunta en qué circunstancias desarrolla su actividad, en la categoría Escenario se ha referido que las enfermeras realizan su actividad asistencial en el hospital y atención primaria y, además, que los estudios los realizan en escuelas de enfermería.

Para cerrar este capítulo, en la categoría Reflexiones y en las cuatro variables agrupadoras, los participantes en nuestro estudio han expresado que mientras hay enfermeras que desde la infancia deseaban serlo, para otras su deseo era ser médicos y se han esforzado por aprender a querer a la enfermería, a pesar de seguir añorando la medicina. A la vez, los participantes refieren que las enfermeras inician con enormes ganas su ejercicio profesional y que, al ir aumentando sus experiencias y conocimientos del cuidado, se sienten satisfechas de ser enfermeras. Ello no obstante, ciertas enfermeras no se encuentran satisfechas con su profesión y prefieren realizar técnicas y procedimientos, sin priorizar el cuidado. Así, al igual

que quedó visto en el Capítulo 4, también aquí puede decirse que aparece la enfermera dirigida al cuidado frente a la enfermera centrada solamente en los aspectos técnicos de la profesión.

En el siguiente Capítulo, el séptimo y último, vamos a presentar los resultados del análisis comparativo de los tipos de dibujo y de los textos de nuestros participantes.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS DEL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIBUJOS DE LA ENFERMERA Y LOS TEXTOS

7.1. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE TIPOS DE DIBUJO Y TEXTOS	353
7.1.1. Relación entre Tipos de dibujos y cada una de las categorías asignadas a los textos.	354
7.1.1.1 Pentada Dramatúrgica	354
7.2. CONCLUSIONES	367

CAPÍTULO 7

RESULTADOS DEL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIBUJOS DE LA ENFERMERA Y LOS TEXTOS

En este cuarto capítulo de resultados, vamos a mostrar los resultados del análisis comparativo obtenido de relacionar (1) la variable agrupadora Tipos de Dibujos y cada una de las categorías asignadas a los textos

Al igual que en el capítulo precedente, nuestra intención en este diseño es facilitar al lector la comprensión de los distintos análisis de textos que hemos llevado a cabo.

7.1. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE TIPOS DE DIBUJO Y TEXTOS

Como hemos señalado en el Capítulo 6, con los resultados del análisis de los dibujos realizados por los participantes en nuestro estudio hemos ido configurando una tipología de dibujos, que la hemos tipificado en cuatro modalidades o tipos de dibujo, por ser los que con mayor frecuencia aparecen representando a la enfermera. De manera, que nos van, aportar información, sobre aquellas figuras que resultan relevantes en la construcción de la identidad disciplinar, en todas las categorías asignadas a los dibujos y textos. Sin embargo, en otras categorías en las que las figuras aparecen con diferencias significativas nos van a permitir ver si están determinadas o influenciadas por la socialización institucional o por otros factores; esto podría deberse, en nuestra opinión, a que tienen una importancia relevante en el proceso de configuración identitaria de los distintos grupos que participan en nuestro estudio.

Como hicimos en los análisis anteriores, vamos a mostrar las comparaciones de cada uno de los tipos de dibujo con los textos referidos a la enfermera dibujada. Para facilitar la

lectura, les recordamos que en nuestro cuestionario pedimos a los participantes de nuestro estudio que dibujasen una enfermera y, a su vez, les pedimos que contasen su historia. Además, debían responder a las preguntas: ¿Quién es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Qué pretende? ¿En qué circunstancias?

En el análisis los dibujos realizados por los participantes de nuestro estudio hemos encontrado diferencias significativas en las categorías que responden a: quién es la enfermera, qué hace, cómo lo hace, qué pretende y en qué circunstancias

Vamos a seguir la, misma estrategia de análisis que hemos seguido en los capítulos anteriores de resultados. Utilizaremos la pentada dramática de Burke: Actor, quién es, qué hace, cómo lo hace, qué pretende, en qué circunstancias.

A continuación comenzaremos por analizar las categorías que responden a la primera pregunta de la pentada dramática.

7.1.1. Relación entre Tipos de dibujos y cada una de las categorías asignadas a los textos.

Con el fin de saber si existen diferencias entre el Tipo de dibujo y los textos que han realizados los participantes en nuestro estudio, hemos comparado los Tipos de dibujo con cada uno de los textos.

7.1.1.1 Pentada Dramática

Esta estructura recoge las cinco preguntas que están relacionadas con la enfermera, tanto en los Tipos de dibujo, como en los textos, que nuestros participantes han contado sobre la enfermera o el enfermero.

Podemos decir, que recoge las respuestas a las cinco preguntas que están relacionadas con la enfermera en el Tipo de dibujo, así como, en la historia que cuentan sobre la enfermera o el enfermero.

Iniciaremos el análisis por la primera respuesta a la pregunta sobre quién es la enfermera

¿Quién es la enfermera?

En este apartado, están las categorías, tanto, en los Tipos de dibujo, como en los textos que nuestros participantes han contado sobre la enfermera o el enfermero. De esta manera, hemos configurado las categorías en: Atributos, Atuendo, Creencias, Disposición/Vocación, Sentimientos de la Enfermera, Género, Identificación con la profesión, Relacionado con el médico.

En la relación Tipos de dibujo r con las categorías Atuendo y Sentimientos de la enfermera no hemos encontrado diferencias significativas y, por este motivo, no vamos a mostrar el Gráfico con los resultados.

Seguidamente presentamos los resultados obtenidos de relacionar los Tipos de dibujo con la categoría atributos.

Resultados Tipo de dibujo-Atributos

Con el fin de saber si existían diferencias, entre el Tipo de dibujo y los textos, hemos relacionado los Tipos de dibujo, con cada uno de los códigos de la categoría Atributos.

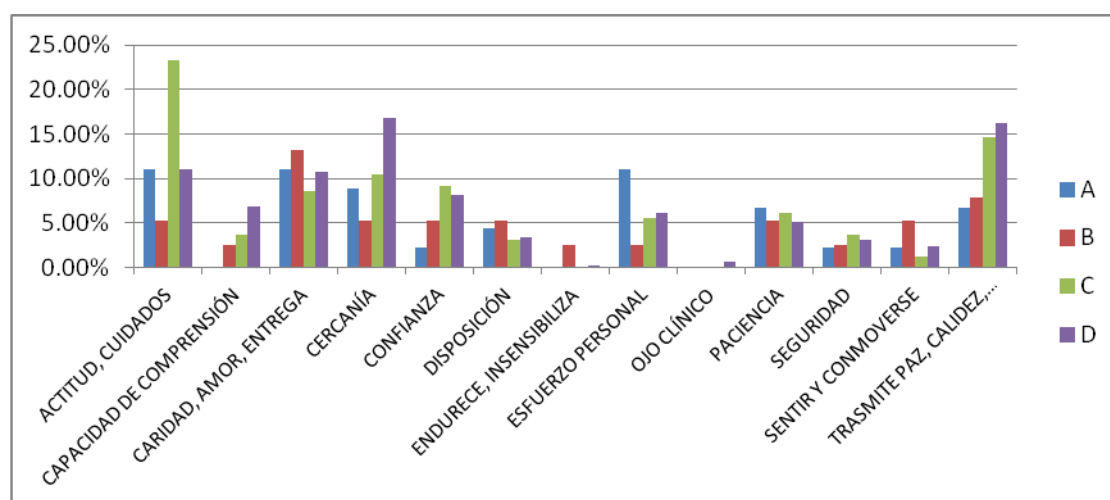


Gráfico 119. Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con la categoría Atributos.

Los resultados obtenidos de relacionar la variable agrupadora Tipo de dibujo y la categoría Atributos (ver Gráfico 119) han sido que hemos obtenido en *actitud, cuidados* que existen diferencias significativas entre los Tipos de dibujo realizados y las manifestaciones, acerca, de la actitud hacia el cuidado que muestran o deben mostrar las enfermeras en el ejercicio de su profesión. De esta manera, entre los participantes que dibujan el Tipo A, los que

dibujan el Tipo B, los que dibujan el Tipo C y los que dibujan el Tipo D, nombran el Atributo *actitud, cuidados* y manifiestan que esperan que las enfermeras tenga una actitud favorable para dar cuidados.

Con estos resultados, podemos decir, que los participantes en nuestro estudio, aunque con diferencias, dicen que esperan de las enfermeras que tengan una actitud favorable para dar cuidados y se impliquen con los pacientes que cuidan.

A continuación, vamos a mostrar los resultados de las expresiones, que nuestros participantes manifiestan sobre las creencias de las enfermeras.

Resultados Tipo de dibujo-Creencias

Para conocer si existían diferencias, sobre las creencias a cerca de la enfermera, entre el Tipo de dibujo y los textos realizados por nuestros participantes, hemos relacionado los Tipos de dibujo con la categoría Creencias sobre la enfermera.

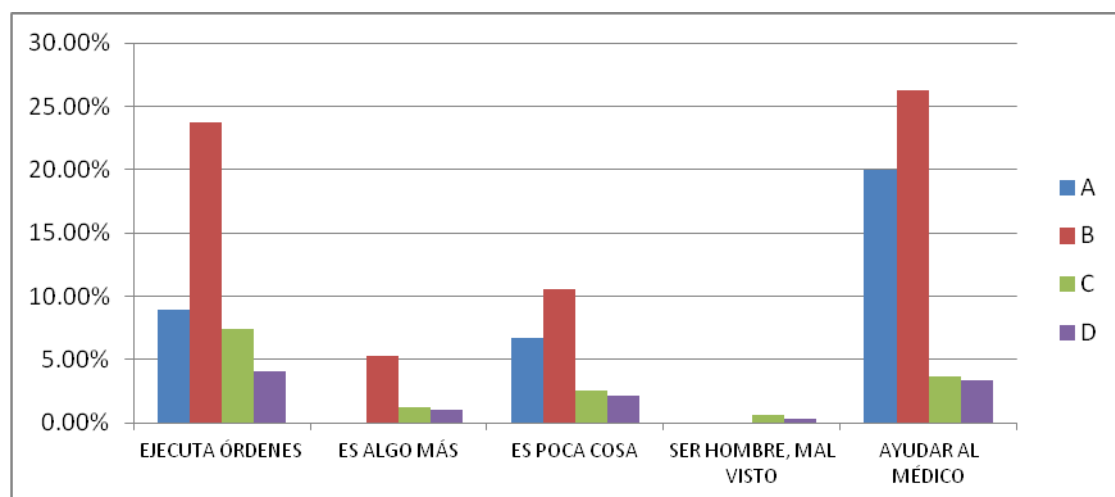


Gráfico 120. Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con la categoría Creencias.

Al relacionar los Tipos de dibujo con la categoría Creencias (ver Gráfico 120) hemos encontrado diferencias significativas en *ejecuta órdenes* entre los participantes que han dibujado una enfermera Tipo A, los que dibujan el Tipo B, los que dibujan el Tipo C y los que dibujan el Tipo D en las manifestaciones acerca de que las enfermeras ejecutan las órdenes de del médico. En *ayudar al médico*, también, las hemos encontrado entre los que dibujan los cuatro Tipos de dibujo, en manifiestan que hacen a cerca de las enfermeras que dicen que ayudan al médico.

Con estos resultados, podemos decir, que nuestros participantes, tanto en sus dibujos, como, en sus textos, manifiestan que las enfermeras ejecutan órdenes del médico y, además, le ayudan.

Seguidamente, vamos a presentar los resultados obtenidos de relacionar los Tipos de dibujo con la categoría Disposición / Vocación.

Resultados Tipo de dibujo- Disposición / Vocación

Al relacionar la Disposición / Vocación de la enfermera y, los Tipos de dibujo y los

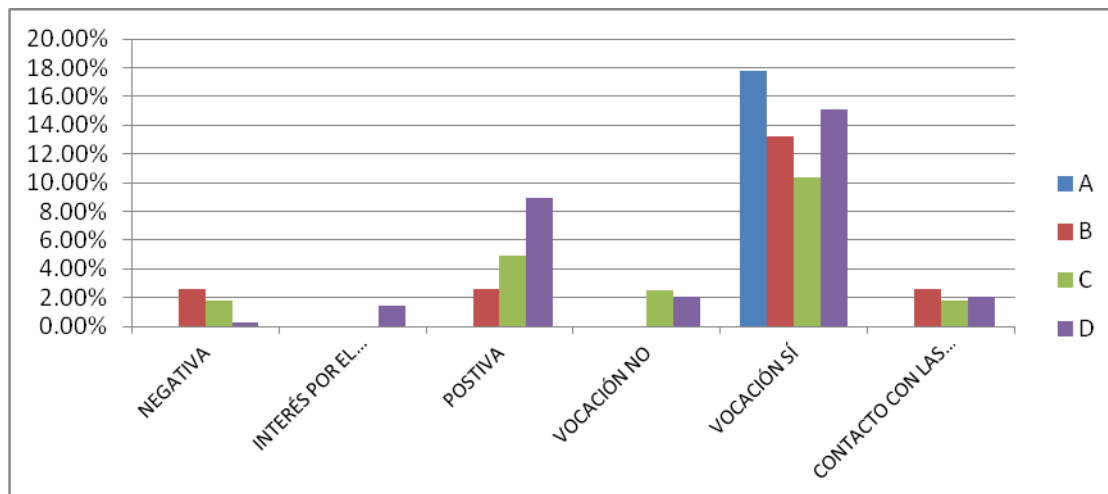


Gráfico 121. Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionados con la categoría Disposición / Vocación.

textos, como podemos ver en el Gráfico 121 los datos obtenidos han sido que hemos encontrado diferencias significativas en *positiva* entre los participantes que han dibujado el Tipo B, los que han dibujado el Tipo C y los que han dibujado el Tipo D, que manifiestan que las enfermeras presentan una disposición positiva hacia el cuidado de las personas.

Con estos resultados, podemos decir, que, aunque, con diferencias los participantes en nuestro estudio que han dibujado el Tipo B, los que dibujan el Tipo C y los que dibujan el Tipo D, manifiestan que las enfermeras tienen una disposición y vocación hacia el cuidado y, en algunos casos, desde la infancia deseaban ser enfermeras.

A continuación, vamos a presentar los resultados de la relación entre el Tipo de dibujo y la categoría Género.

Resultados Tipo de dibujo-Género

Al relacionar los Tipos de dibujo y con la categoría Género (ver Grafico 122) hemos

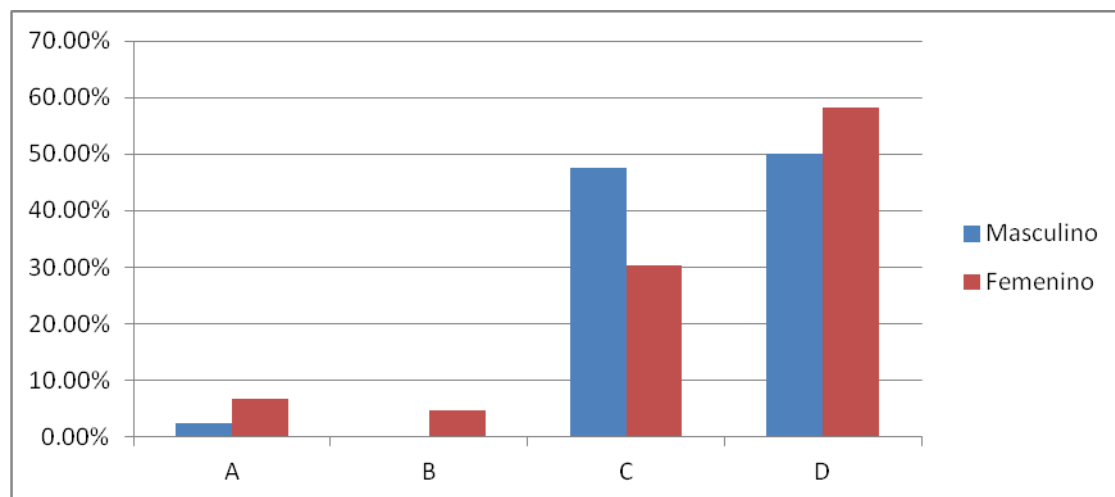


Gráfico 122. Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionados con la categoría Género.

obtenido diferencias significativas entre los Tipos de dibujo y la categoría Género en *masculino*, al dibujar el Tipo A, el Tipo C y el Tipo D una figura *masculina* y utilizar enfermero cuando se refieren a la enfermera. En cambio, en *femenino* los que dibujan el Tipo A, los que dibujan el Tipo B, los que dibujan el Tipo C y, los que dibujan el Tipo D dicen que han elegido para su dibujo una enfermera.

Con estos resultados, también decimos, que la mayoría de los hombres y mujeres de nuestro estudio, han elegido, tanto en los dibujos, como en los textos, una figura *femenina* para referirse al profesional que da cuidados.

Seguidamente, les presentaremos los resultados de la relación entre el Tipo de dibujo y la categoría Identificación con la profesión.

Resultados Tipo de dibujo - Identificación con la profesión

Las diferencias entre los Tipos de dibujo y la categoría Identificación con la profesión las hemos obtenido en *sentir orgullo profesional* entre los participantes que han dibujado el Tipo A, los que han dibujado el Tipo B, los el que han dibujado el Tipo C y los el que han dibujado el Tipo D que manifiestan que las enfermeras se siente orgullosas de ser enfermeras (ver Gráfico 123).

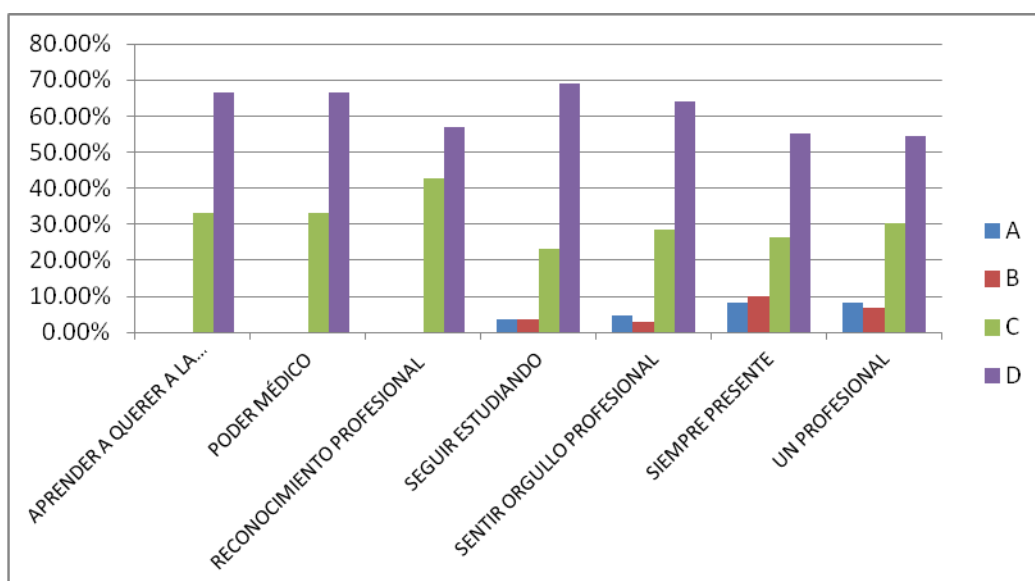


Gráfico 123. Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionado con la categoría Identificación con la profesión.

Con estos resultados podemos decir que los participantes en nuestro estudio manifiestan que las enfermeras se sienten orgullosas de ser enfermeras.

En el apartado siguiente, les vamos a mostrar la relación entre los Tipos de dibujo y la categoría Relación Enfermera Médico.

Resultados Tipo de dibujo - Relación Enfermera Médico

En la relación entre la variable agrupadora Tipo de dibujo y la categoría Relación

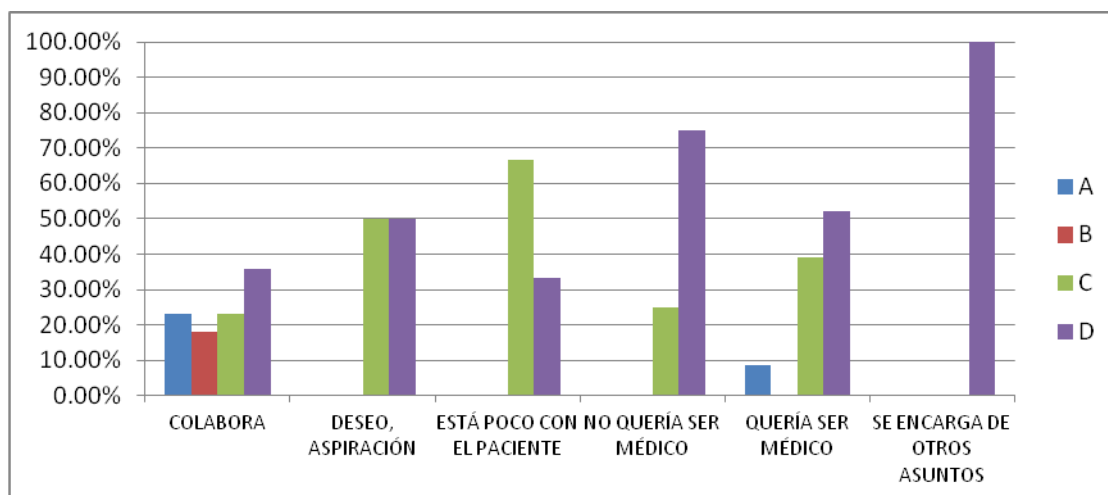


Gráfico 124. Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionado con la categoría Relación enfermera médico

Enfermera Médico hemos como podemos ver en el Gráfico 124 hemos encontrado las diferencias en *colabora* entre los participantes que han dibujado el Tipo A, los que han

dibujado el Tipo B, los el que han dibujado el Tipo C y los el que han dibujado el Tipo D la manifiestar que las enfermeras colaboran con el médico.

Aunque, con diferencias en estos resultados, podemos decir que los participantes en nuestro estudio que han dibujado los cuatro tipos de dibujo, dicen que las enfermeras colaboran con el médico.

A continuación, presentaremos, los resultados que sobre lo qué hacen las enfermeras, recogidos en dicha dimensión de la pentada.

¿Qué hace?

Está dimensión recoge las categorías, tanto, en los tipos de dibujo, como en los textos, que nuestros participantes han contado sobre la enfermera o el enfermero. De manera, que las categorías que hemos configurado son: Cuidar y Relacionado con la profesión.

Seguidamente presentamos los resultados obtenidos de relacionar los Tipos de dibujo con la categoría Cuidar.

Resultados Tipo de dibujo-Cuidar

Al relacionar la variable agrupadora Tipos de dibujo con la categoría Cuidar los

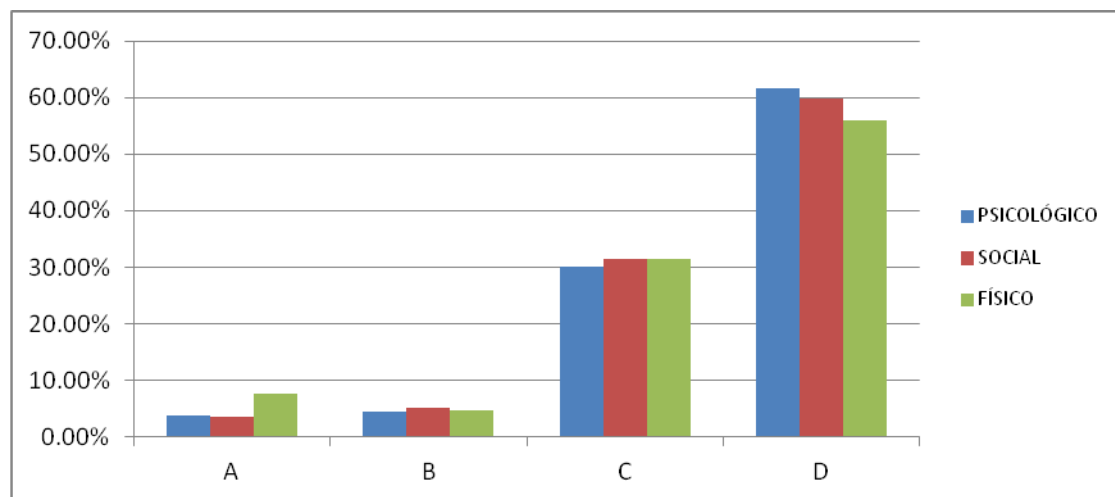


Gráfico 125. Tipos de dibujo, A, B, C, D relacionado con Categoría cuidar.

resultados han sido que hemos encontrado diferencias significativas (ver Gráfico 125) en cuidado *psicológicos*, entre los que han dibujado el Tipo A, los que han dibujado el tipo B, los que han dibujado el tipo C y los que han dibujado el tipo D que dicen que las enfermeras dan cuidados psicológicos a los pacientes que atienden. También, las hemos encontrado en el

cuidado *social* al manifestar, en sus relatos, todos los que han dibujado los cuatro tipos de dibujo que los profesionales de enfermería tienen en consideración los aspectos *sociales* de los pacientes que cuidan y, les ayudan en la resolución de los problemas derivados por la pérdida de salud. Además, hemos encontrado en los cuidados *físicos*, al manifestar los participantes que las enfermeras cuidan durante todo el proceso de la enfermedad.

Luego, podemos decir, que los participantes que han dibujado los cuatro Tipos de dibujo de nuestro estudio, aunque con diferencias, manifiestan que las enfermeras dan cuidados psicológicos a los pacientes que atienden, les ayudan en la resolución de problemas derivados por la pérdida de salud a ellos y a su familia y cuidan durante todo el proceso de la enfermedad buscando la máxima recuperación posible de su salud.

A continuación, vamos a mostrar los resultados de relacionar la variable agrupadora Tipo de dibujo con la categoría Ejercicio profesional.

Resultados Tipo de dibujo - Ejercicio profesional

Los resultados de relacionar los Tipos de dibujo y la categoría Ejercicio profesional

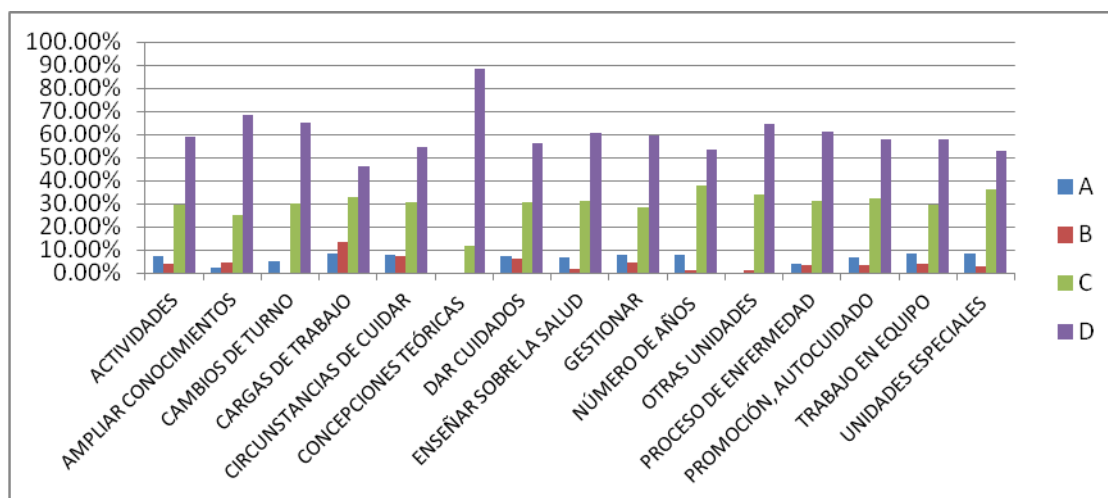


Gráfico 126. Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con Categoría ejercicio profesional.

como vemos en el Gráfico 126 aparecen diferencias significativas entre los Tipos de dibujo y esta categoría en: *actividades*, *dar cuidados*, *enseñar sobre la salud*, *número de años*, *otras unidades*, *proceso de enfermedad*, *promoción*, *autocuidado* y *unidades de críticos*. Hemos obtenido que los participantes que han dibujado el Tipo A, los que han dibujado el Tipo B, los que han dibujado el Tipo C y los que han dibujado el Tipo D expresan que las enfermeras llevan a cabo una serie de actividades para ayudar a resolver los problemas de salud de los pacientes que cuidan; que una de las funciones de las enfermeras es dar cuidados; que las enfermeras

enseñan a las personas a cuidar su salud; que las enfermeras, siempre que pueden, permanecen en la misma unidad; que a las enfermeras se las cambian frecuentemente de unidad de trabajando; que las enfermeras, generalmente, cuidan al paciente durante el proceso de la enfermedad; que las enfermeras trabajan en unidades de cuidados críticos.

Con estos resultados, podemos decir, que los participantes que han dibujado los cuatro Tipos de dibujo de nuestro estudio, aunque con diferencias entre ellos, manifiestan que las enfermeras llevan a cabo una serie de actividades para ayudar a resolver los problemas de salud de los pacientes que cuidan, por ser una de sus funciones principales la de cuidar, sobre todo, durante el proceso de la enfermedad. Además dicen que las enfermeras enseñan a las personas a cuidar su salud, para ello llevan a cabo acciones dirigidas a fomentar el autocuidado, promover la salud y prevenir la enfermedad. También, expresan que las enfermeras siempre que pueden, permanecen en la misma unidad asistencial, aunque, a veces, la Dirección de Enfermería (organización) las cambian, frecuentemente, de unidad de trabajando. Por este motivo, las enfermeras manifiestan que los cambios de unidad, por una parte, les permiten adaptarse a distintos contextos y a distintas situaciones de cuidados y, por otra, no les permite conocer, tanto a los pacientes que cuidan, como a los miembros del equipo, por tanto, esta situación conlleva un desgaste profesional importante.

En el apartado que sigue, presentaremos, los resultados que sobre lo ¿cómo lo hacen? las enfermeras, recogidos en dicha dimensión de la pentada.

¿Cómo lo hace?

Esta dimensión recoge las categorías que nuestros participantes han contado sobre la enfermera o el enfermero. De manera, que las categorías que hemos configurado son: Instrumento / Técnicas y Relacionado con la profesión.

Seguidamente presentamos los resultados obtenidos de relacionar los Tipos de dibujo con la categoría Instrumento.

Resultados Tipo de dibujo-Instrumento/Técnicas

Con el fin de saber si existían diferencias entre los Tipos de dibujo y la categoría Instrumento/Técnicas hemos relacionado la variable agrupadora Tipo de dibujo con la categoría Instrumento/Técnicas.

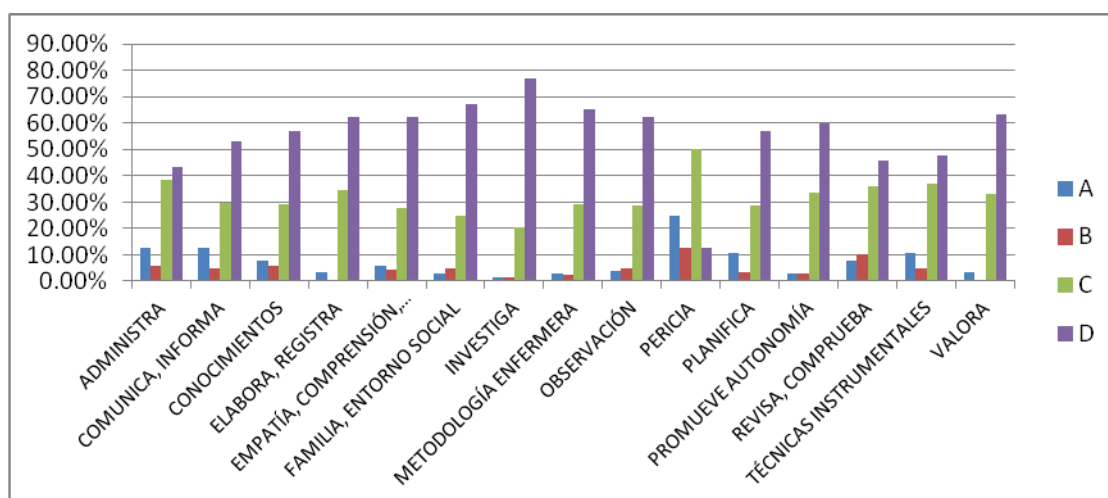


Gráfico 127. Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con categoría Instrumento-Técnicas.

En la relación del Tipo de dibujo con la categoría Instrumento aparecen diferencias significativas como podemos percibir en el Gráfico 127. Estas diferencias las hemos encontrado en *administra*; *conocimientos*; *investiga*; *metodología enfermera*; *técnicas instrumentales*; *valora*. De esta forma, hemos obtenido que los participantes que han dibujado el Tipo A, los que han dibujado el Tipo B, los que han dibujado el Tipo C y los que han dibujado el Tipo D expresan que las enfermeras administrar cuidados; que utilizan sus conocimientos para ejercer el cuidado; investigan los fenómenos que observan al cuidar; utilizan la metodología enfermera para cuidar a las personas; que se ayudan de técnicas y procedimientos para dar cuidados; que valoran frecuentemente el estado de los pacientes.

Luego, con estos resultados, podemos decir, que las enfermeras utilizan sus conocimientos en la administración de cuidados e investigan los fenómenos que observan al cuidar. Además, manifiestan que las enfermeras utilizan la metodología enfermera y se ayudan de técnicas y procedimientos para cuidar a las personas que han perdido su salud, a su vez, valoran, a menudo, el estado de los pacientes que.

A continuación, vamos a mostrar los resultados de relacionar la variable agrupadora Tipo de dibujo con la categoría Relacionado con la profesión.

Resultados Tipo de dibujo – Relacionado con la profesión

Para saber si existían diferencias entre los Tipos de dibujo y la categoría Relacionado con la profesión relacionamos la variable agrupadora Tipo de dibujo y la categoría Relacionado con la profesión.

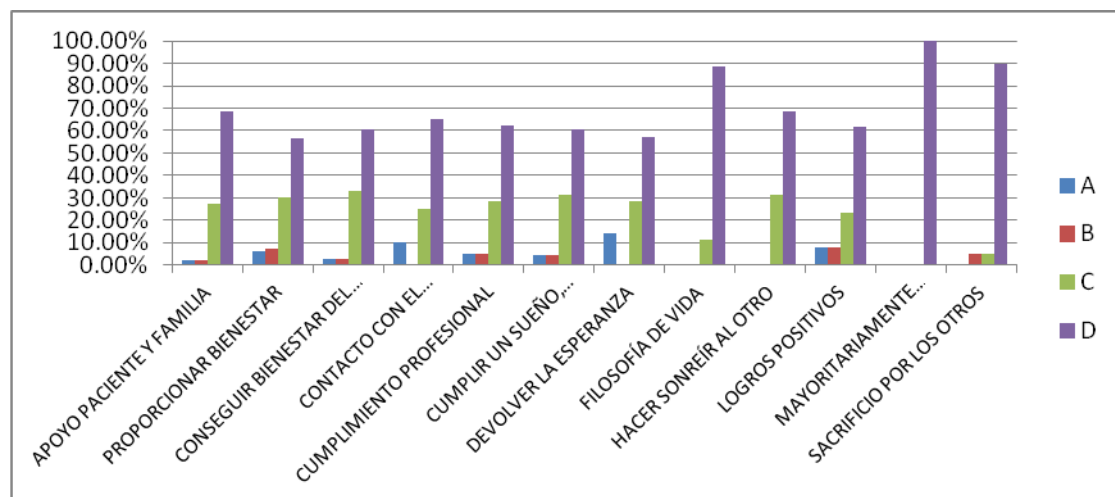


Gráfico 128. Tipo de dibujo, A, B, C, D, relacionado con la categoría Relacionado con la profesión.

Las diferencias existentes, como podemos ver en el Gráfico 128, entre el Tipo de dibujo y la categoría Relacionado con la profesión las hemos encontrado en *apoyo al paciente y familia*, *cumplimiento profesional*, *sacrificio por los otros*. De manera que, hemos encontrado que los participantes que han dibujado el Tipo A, los que han dibujado el Tipo B, los que han dibujado el Tipo C y los que han dibujado el Tipo D expresan que las enfermeras apoyan al paciente y a su familia; las enfermeras son unos profesionales que desean cumplir con su deber; que la enfermería es una profesión que conlleva el sacrificio por los otros.

Con estos resultados, en nuestra opinión, los participantes en nuestro estudio que han dibujado el Tipo A, los que han dibujado el Tipo B, los que han dibujado el Tipo C y los que han dibujado el Tipo D, a pesar de existir diferencias entre ellos, dicen que las enfermeras apoyan al paciente y a su familia y, que la enfermería es una profesión que conlleva sacrificarse por los otros. Además, declaran que las enfermeras son unos profesionales que desean cumplir con su deber y se esfuerzan por conseguirlo.

Seguidamente, presentaremos, los resultados obtenidos en ¿qué pretende? la enfermera, recogidos en dicha dimensión de la pentada.

¿Qué pretende?

Esta dimensión recoge las manifestaciones que los participantes han realizado, tanto, en los tipos de dibujo, como en los textos, que nuestros participantes han contado sobre la enfermera o el enfermero y, la categoría que incluye es Metas.

Seguidamente presentamos los resultados obtenidos de relacionar los Tipos de dibujo con la categoría Metas.

Resultados Tipo de dibujo – Metas

Con el fin de saber si existían diferencias entre los Tipos de dibujo y la categoría Metas, hemos relacionado la variable agrupadora Tipo de dibujo con esta categoría.

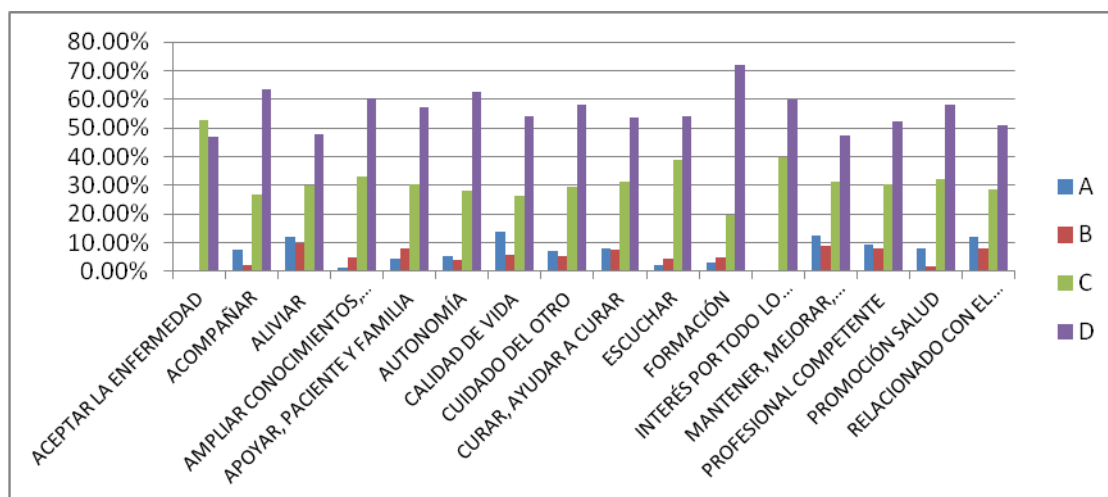


Gráfico 129. Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con la Categoría Metas.

En los datos obtenidos al relacionar la variable agrupadora Tipo de dibujo con la categoría metas hemos obtenido que los participantes en nuestro estudio, como podemos ver en el Gráfico 129, las diferencias significativas que aparecen entre los cuatro Tipos de dibujos están en *mantener, mejorar, prevenir* y en *promoción de la salud*. Donde los que han dibujado el Tipo A, los que han dibujado el Tipo B, los que han dibujado el Tipo C y los que han dibujado el Tipo D, manifiestan que una de las metas de las enfermeras es la de mantener, mejorar y prevenir la salud de las personas que cuidan y de la población en general y promocionar la salud de la población.

Con estos resultados, podemos decir, que los participantes en nuestro estudio que han dibujado los cuatro Tipos de dibujo, aunque, existen diferencias entre ellos, dicen que una de las metas de las enfermeras es la de mantener, mejorar y prevenir la salud de las personas que cuidan y de la población en general y, además, llevar a cabo acciones de promoción de la salud en la población que atiende.

En el apartado siguiente, vamos a presentar, los resultados obtenidos en ¿qué circunstancias? la enfermera realiza su actividad, es decir en qué escenario la lleva a cabo.

¿En qué circunstancias?

En esta dimensión de la categoría Escenario se recogen las manifestaciones de los participantes sobre el lugar donde la enfermeras llevan a cabo su actividad, por tanto, la categoría que corresponde es el Escenario.

Seguidamente presentaremos los resultados obtenidos de relacionar los Tipos de dibujo con la categoría Escenario.

Resultados Tipo de dibujo – Escenario

Con el fin de saber si existían diferencias entre los Tipos de dibujo y la categoría Escenario, hemos relacionado la variable agrupadora Tipo de dibujo con dicha categoría.

En el Tipo de dibujo al relacionarlo con la categoría Escenario (ver Gráfico 130) aparecen diferencias significativas en *Escuelas de Enfermería* donde el los participantes que han dibujado el Tipo C y los que han dibujado el Tipo D señalan que las enfermeras realizan sus estudios en escuelas de enfermería. También, hemos encontrado diferencias significativas en *Hospital* donde los que dibujan el Tipo A, los que han dibujado el Tipo B, los que dibujan el Tipo C y los que dibujan el Tipo D dicen que uno de los lugares donde mayor número de enfermeras realizan su actividad es en el área de hospitalización.

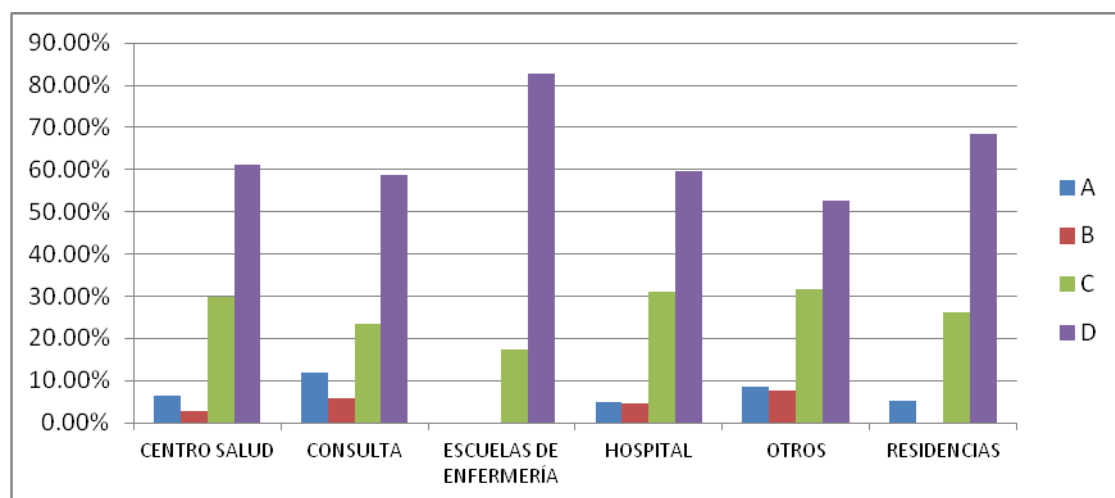


Gráfico 130. Tipo de dibujo, A, B, C, D relacionado con la Categoría Escenario.

Por tanto, con estos resultados, podemos decir, que los participantes en nuestro estudio que han dibujado los cuatro Tipos de dibujo definidos en esta tesis, dicen que las enfermeras realizan sus estudios en escuelas de enfermería y, que de los distintos lugares donde la enfermera puede trabajar, el lugar que tiene mayor número de enfermeras es en el

área de hospitalización. Es decir, las enfermeras estudian en Escuelas de Enfermería y ejercen su actividad cuidadora, mayoritariamente, en el hospital.

Al relacionar la variable agrupadora Tipo de dibujo con REFLEXIONES no hemos encontrado diferencias significativas entre las manifestaciones de los participantes.

7.2. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos, podemos decir, que los participantes en nuestro estudio, que han realizado los cuatro Tipos de dibujo propuestos en esta tesis, a la pregunta quién es la enfermera, han respondido que es un profesional que da cuidados y esperan de ella que tenga una actitud favorable hacia el cuidado, implicándose con las personas cuidadas. Con disposición/vocación, ya que, desde la infancia, en algunos casos, deseaban ser enfermeras y, se sienten orgullosas de serlo. El género con el que la representan, mayoritariamente, tanto en los dibujos, como en los textos, ha sido la figura femenina. También, dicen de ellas, que ayudan y ejecutan las órdenes del médico y colaboran con él.

Las respuestas que hemos obtenido a la pregunta qué hace la enfermera, han sido que las enfermeras dan cuidados biopsicosociales a los pacientes que atienden, les ayudan en la resolución de los problemas derivados por la pérdida de salud a ellos y a su familia y, les cuidan durante todo el proceso de la enfermedad, buscando la máxima recuperación de la salud, que sea posible. Para conseguirlo, llevan a cabo una serie de actividades para resolver los problemas de salud de los pacientes que cuidan, por ser una de sus funciones principales el cuidar, sobre todo, durante el proceso de enfermedad. Para que las personas sean autónomas las enfermeras las enseñan a cuidar su salud, a través, de acciones dirigidas a fomentar el autocuidado, promover la salud y prevenir la enfermedad. Por otra parte, expresan que las enfermeras siempre que pueden, permanecen en la misma unidad asistencial, aunque, a veces, las cambian, frecuentemente, de unidad de trabajando. En relación con los cambios, manifiestan que el cambio de unidad, por una parte, las permite adaptarse a distintos contextos y a distintas situaciones de cuidados y, por otra, no las permite conocer, a los pacientes que cuidan, ni a los miembros del equipo, por tanto, esta situación conlleva un desgaste profesional importante.

En cuanto, a cómo lo hace, nos han dicho que las enfermeras utilizan sus conocimientos para administrar los cuidados e investigan sobre los fenómenos que observan al cuidar. Utilizan la metodología enfermera y se ayudan de técnicas y procedimientos para

cuidar a las personas que han perdido su salud, a su vez, valoran, a menudo, el estado de los pacientes que cuidan. Son unas profesionales que apoyan al paciente y familia y, desean cumplir con su deber para ello se esfuerzan por conseguirlo, ya que, la enfermería es una profesión que conlleva sacrificarse por los otros.

En relación a las metas que las enfermeras pretenden alcanzar con el cuidado han manifestado que es la de mantener, mejorar y prevenir la salud de las personas que cuidan y de la población en general, además, de llevar a cabo acciones de promoción de la salud en la población que atienden.

Finalmente, respecto las circunstancias del cuidado, han expresado que las enfermeras realizan sus estudios en escuelas de enfermería y trabajan en distintos lugares, aunque, de todos ellos, el que tiene mayor número de enfermeras es el área de hospitalización. Es decir, las enfermeras estudian en Escuelas de Enfermería y ejercen su actividad cuidadora, mayoritariamente, en el hospital y, también, una parte importante, en atención primaria.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como hemos tenido ocasión de poner de manifiesto al comienzo de esta tesis y tal y como venimos comentando, el objetivo general de este trabajo se ha centrado en estudiar los procesos de identificación y configuración de la representación social de la identidad disciplinar y profesional de la enfermera y los agentes de salud. A partir de la interpretación de dibujos y relatos, nuestra meta ha consistido en tratar de comprender la lógica –cómo emerge y de qué forma se construye- de la representación y de los procesos de subjetivación implicados en la construcción de una identidad profesional (Barth, 1976).

Tras realizar un análisis descriptivo de los dibujos realizados por cada uno de los grupos que participan en nuestro estudio y dentro de las representaciones identitarias que se han estudiado, debemos señalar que todos nuestros participantes, al pedirles que dibujasen a una enfermera, se han centrado en representar al actor, dándole prioridad. De esta forma, en todos los casos que podemos ver quién es, enfermera o enfermero. No ocurre lo mismo con el qué pretende, pues podemos interpretar este extremo a través de las actitudes que muestran con la expresión corporal y facial. Asimismo, solamente en una mínima representación, aparece la acción que realizan o el escenario en que la realizan y, siendo cierto que en el grupo de estudiantes y de enfermeras hemos encontrado algunas representaciones de la enfermera ejerciendo el cuidado, éstas no han logrado alcanzar parte del objetivo esperado. En cierta medida podemos interpretar este hecho asociándolo en parte con la realidad de, normalmente, cuando se trata de representar a alguien que otro ha pedido que se represente, casi siempre se intenta realizar el dibujo adecuándolo de tal modo que sea unívoco para el solicitante y que éste pueda identificarlo de forma inmediata.

Por otro lado, frente a la petición de dibujar a una enfermera hemos percibido cierta resistencia. Esta resistencia aparece principalmente en el colectivo enfermero y en algunos estudiantes y se exterioriza a través de expresiones como “no sé dibujar” y, a su vez, con miedos a que el investigador intérprete algún extremo relacionado con su pensamiento, modo de ser, etc. (imaginario).

Sin embargo, podemos afirmar que existen algunas diferencias entre los grupos y que las mismas tienen que ver, por una parte, con los aspectos del cuidado, donde hemos encontrado que ciertos estudiantes y enfermeras representan a una enfermera dirigida claramente al cuidado, frente a otros que han dibujado a otra enfermera centrada en los

aspectos técnicos de la profesión. En este sentido son los médicos y los odontólogos quienes representan a la enfermera dirigida a los aspectos técnicos de la profesión. A su vez, todos los grupos representan a la enfermera con los símbolos que generalmente acompañan a su estereotipo y, si bien es cierto que puede apreciarse que estudiantes y enfermeras los representan con unos porcentajes muy bajos, médico y odontólogos en cambio representan a la enfermera estereotipada con porcentajes más altos que los esperados. En estos casos, la representación de la enfermera con cofia y/o jeringa, puede interpretarse desde dos puntos de vista. Uno de ellos está relacionado con símbolos unívocos, como la cofia y/o la jeringa, que suponen la objetivación de la representación que, a su vez, ancla la representación a la figura que representa. Desde otro punto de vista, como ya hemos comentado, la cofia representa aceptación de la norma establecida, supeditación o dependencia de otra profesión, además de valores como abnegación, sacrificio, sumisión, etc. Esta circunstancia nos llevan a interpretar que tanto médicos como odontólogos, en alguna medida, mantienen la idea y desean que las enfermeras se mantengan subordinadas a sus órdenes.

Uno de nuestros objetivos específicos era conocer qué similitudes y diferencias identitarias existen entre estudiantes de enfermería formados en centros con concepciones distintas de la profesión. Nuestra hipótesis de partida era que la forma de concebir la enfermería de una institución académica influye en la consecución por los estudiantes de enfermería de rasgos identitarios marcadamente distintos a los adquiridos por estudiantes de enfermería de una institución académica diferente en cuanto a su concepción de la carrera profesional se refiere. Por ello, esperábamos, el análisis de los dibujos y relatos habrían de permitirnos corroborar la existencia de diferencias entre las representaciones sociales de la identidad enfermera de estudiantes formados en centros con concepciones virtualmente distintas de la enfermería. Tras el análisis descriptivo de los dibujos y la comparación de los resultados de estos grupos, las diferencias las podemos situar en la representación del pelo recogido, que los estudiantes de La Paz representan con un porcentaje mayor que los estudiantes del grupo de la Fundación Jiménez Díaz. Recordemos que, en nuestra opinión, el pelo debe estar recogido cuando se aplican los cuidados técnicos o instrumentales de la profesión. Por otra parte, los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz representan con mayor porcentaje la expresión de receptividad, actitud que consideramos favorable al cuidado.

El segundo objetivo específico que teníamos era estudiar el modo en el que el estudiante va adquiriendo la identidad y representación enfermera así como si aparecen diferencias en las representaciones sociales de la identidad enfermera debidas a su proceso de socialización. En concreto, queríamos averiguar si existían diferencias entre los alumnos de

primero, segundo y tercer cursos, y entre estos y las enfermeras profesionales. En cuanto a este objetivo se refiere, se han cumplido los resultados esperados y, tal y como hemos recogido en el análisis, estos estudiantes han ido modificando en cierta medida la representación de la enfermera de primero a tercero, en aspectos relacionados con el pelo, las actitudes hacia el cuidado y el uniforme, que han ido aumentando su representación. En cambio, conforme a lo esperado, los símbolos han visto progresivamente disminuida su representación. Por otra parte, algunas de las diferencias que podemos referir entre los estudiantes y las enfermeras, radican en la suficiencia y la defensa, actitudes consideradas poco favorables al cuidado y que los estudiantes representan en un porcentaje ligeramente mayor.

Otro objetivo específico de nuestro trabajo consistía en evaluar tanto las representaciones de los rasgos identitarios de la enfermera, obtenidos en análisis de los dibujos realizados por enfermeras y estudiantes de enfermería, como los realizados por otros profesionales de la salud. La hipótesis subyacente en este objetivo era que las representaciones sociales que las enfermeras tienen sobre su identidad profesional están mediadas por las condiciones específicas que definen su proceso de socialización dentro de instituciones académicas y asistenciales específicas. En este sentido, se esperaba que las condiciones específicas de las instituciones influyeran en la construcción de la identidad enfermera. Para dar cuenta de este objetivo, observamos que, aunque esperábamos que el pelo recogido tuviese mayor representación, en el resultado de los datos obtenidos con los estudiantes, sí se ha visto que su representación ha ido desde primero a tercero. Lo mismo ha ocurrido en la expresión de seriedad, disponibilidad, receptividad o cercanía, toda vez que, conforme a lo esperado, su representación ha sido alta y se ha incrementado de primero a tercero. Por todo ello, en cuanto a pelo recogido, seriedad, disponibilidad, receptividad y cercanía se refiere, podemos atribuir los resultados a la cultura de la organización, de un lado, y al proceso de socialización en el aula -desde donde se trasmite, de alguna forma, que la enfermera debe ser seria-, por otro. También, en lo concerniente a pijama y zuecos hemos obtenido una representación alta en los tres cursos, que podemos atribuir, por una parte, a la concepción de los mismos como vestimentas cómodas para trabajar y, por otra, al hecho de constituir su uso una recomendación obligatoria de la escuela hacia los estudiantes durante el aprendizaje clínico.

En cambio, en cuanto a *defensa*, *distancia* y *suficiencia* se refiere, esperábamos obtener porcentajes más bajos y, aunque los obtenidos no son altos, sí podemos dar a los

obtenidos cierta importancia habida cuenta de que se trata de actitudes que, en nuestra opinión, no favorecen el cuidado. Así las cosas, podemos decir que, en cierta medida, nuestro objetivo se ha cumplido.

Por su parte, la evolución que ha seguido la representación del fonendo, ha sido acorde a lo previsto al mostrar una disminución en segundo y tercer curso. Tal disminución era esperada al no precisar el cuidado de su utilización. El fonendo sí que es preciso en la aplicación de los cuidados técnicos y la enfermera debe llevarlo, pero ello no quiere decir que haya de portarlo colgado continuamente.

Por otra parte, en cuanto al atuendo se refiere, hemos observado que, aunque tiene una representación baja, la falda ha aumentado de primero a tercero cuando no esperábamos que estuviese representada. Lo mismo ocurre con la camisa, que sólo dibujan los estudiantes de tercero y tampoco previmos que estuviese representada.

En cuanto a la identificación, la representación obtenida se ha situado por debajo de lo esperado a la vista de que desde la escuela se recomienda que el estudiante la lleve durante el aprendizaje clínico.

Por su parte, la cofia está representada - aumentado su representación de primero a tercero- con porcentajes muy bajos pero, ello no obstante, esperábamos que no apareciese en ningún caso. Por último, la representación de la enfermera portando un documento ha seguido una evolución contraria a la esperada y ha ido disminuyendo de primero a tercero.

Por último el objetivo era estudiar en qué forma los dibujos sobre la enfermera tipifican, homologan y sancionan las representaciones sociales de la identidad enfermera, que la propia enfermería comparte con la cultura en que cobra sentido. Un ejemplo, nos permitirá entender mejor esta idea. Imaginemos que actualmente las enfermeras, los estudiantes de enfermería, los médicos y los odontólogos compartiesen la idea de que la enfermería es una disciplina auxiliar de la medicina. La definición de las funciones de la enfermera sería secundaria respecto de la definición de las funciones del médico. Esta hipótesis nos llevó a pensar que la dinámica de poder que da lugar a esta representación social de la enfermería como disciplina supeditada al poder médico, había de verse representada, confirmada o tipificada por los dibujos. Encontraríamos entonces, representaciones iconográficas en las que, bien en términos de posición relativa en el espacio, bien en aspecto o de tareas adjudicadas, la enfermera aparecería supeditada al médico. Y ha sido así: los resultados obtenidos muestran que todos los participantes en nuestro estudio perciben la enfermería como una profesión supeditada al quehacer de otro profesional, sin ver ni reconocer las funciones propias que desempeña. Adicionalmente, los profesionales que llevan pocos años en el ejercicio

profesional, ven a la enfermera como aquella persona que ayuda al médico. Por tanto, con estos resultados en la mano, podemos afirmar que nuestra hipótesis se ha confirmado: la enfermería continúa percibiéndose como profesión auxiliar de la medicina a pesar de los casi treinta años que la universidad acumula promulgando su autonomía profesional. La realidad nos enseña pues que esta necesidad y este deseo no se han conseguido.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Hemos considerado relevante terminar nuestro trabajo haciendo un recuento de las aportaciones y limitaciones con las que a lo largo de este trabajo nos hemos encontrado, así como de la estrategia metodológica utilizada y los esfuerzos llevados a cabo en su aplicación a través del camino de resultados. A su vez, iremos mostrando y apuntando alguna de las posibles líneas de investigación que den continuidad a este trabajo. Nuestro propósito con esta tesis es aportar otras formas o maneras de pensar o de ver cómo se construyen identidades en espacios definidos algunos de ellos relacionados con estructuras anómalas identificadas como zonas fronterizas generadoras de conflictos, con el desarrollo de la enfermería moderna al amparo y servicio de valores morales, con el desarrollo como colectivo profesional marcado por los valores atribuidos a la condición femenina, con los conflictos producidos entre enfermeras, practicantes y matronas y, con las representaciones sociales de las enfermeras. En este sentido, creemos que las enfermeras participan en distintas prácticas identitarias e, independientemente de cuáles sean esas consecuencias, la participación en sí misma origina cambios en la configuración de su identidad. De esta manera, intentamos mostrar la necesidad de desarrollar políticas, en las organizaciones sanitarias, que potencien o favorezcan el ejercicio autónomo de la enfermería, que se liberen las cargas asociadas a la condición femenina, o las derivadas de la idea de que las enfermeras trabajan al servicio de los médicos, y se muestre o represente a la enfermera como profesional que contribuye a prevenir, mantener o recuperar la salud, de manera autónoma e independiente, aunque, obviamente, integrada en la lógica general de la intervención sanitaria.

Como ya anunciamos en esta investigación, no tratamos de buscar responsabilidades o culpabilizar a las instituciones organizacionales sanitarias, sino que pretendemos visibilizar situaciones que consideramos anómalas, que están muy arraigadas y, a su vez, por una parte, favorecen el desarrollo de identidades anómalas (muy a menudo poco saludables) y, por otra, dificultan el ejercicio autónomo de la enfermería. Desde nuestra posición teórica, mantenemos que, aunque, este conocimiento de la realidad no origina cambios estructurales espontáneamente, de alguna manera, instituye unos requisitos mínimos para iniciar cambios en dichas situaciones (Blanco, 2002).

A lo largo de este camino hemos tratado de conservar una cierta armonía entre el compromiso y la distancia que toda tarea investigadora requiere y que, por supuesto, también

debemos recordar en el ejercicio cotidiano del cuidado (Blanco, 2006; Rasskin, 2012; Elias, 2002). En este sentido, para dar cuenta de la situación actual de la enfermería y, de los procesos de identificación que desarrolla, hemos delineado una teoría de la acción que propone que las personas construimos experiencialmente el conocimiento sobre el universo en el que vivimos. Por nuestra parte, aceptamos que la construcción que hagamos de ese universo va a depender, no sólo, de las características del mundo con las que resonamos, sino también, de nuestra biológica-funcional, de la manera en que organizamos la vida con los demás y del modo en que construimos y justificamos la concepción de la existencia de un universo objetivo y firme (Maturana y Varela, 2003; Sánchez-Criado y Blanco, 2005).

Siguiendo a Blanco (2002), debemos reconocer que la identidad está articulada en un proceso de construcción continua a través de actos de identificación concretos, que actúan como la bisagra de todos los procesos de objetivación y subjetivación que modulan la compatibilidad de personas y grupos sociales; por esta razón la identidad es una función y no una sustancia. Por este motivo, hemos defendido que nuestros actos son siempre una maniobra dramática, frente a los otros o frente a nosotros mismos, una hipótesis entorno a lo que somos, una hipótesis que va a variar con cada actuación, con cada circunstancia y con cada argumento desplegado en situaciones concretas. En esta dirección nos hemos interesado, también, por el término acto, ya que, actuamos frente a los demás, o frente a nosotros mismos, para mostrarles o mostrarnos lo que en una situación concreta decidimos que se sepa de nosotros. La actuación lleva implícita una acción de ocultar y revelar y, en toda actuación nos colocamos una máscara que, a la vez, desvela lo que parece factible que seamos, oculta aquello que no lo es. Por ello, conocer cuándo las personas se ponen o se quitan la máscara es un desafío para las ciencias sociales y para las ciencias de la salud (Burke, 1969; Goffman, 1989).

Asumiendo dicho desafío, la posición que defendemos en esta tesis es que la identidad se construye por medio de un proceso continuo y dinámico del que forman parte *actos, o actuaciones, de identificación* concretos, que son la base de todos los procesos de objetivación y subjetivación y que permite la coexistencia de personas y grupos sociales en el seno de una cultura. Desde otra perspectiva, hemos pensando los fenómenos identitarios atendiendo a la naturaleza del soporte o del dispositivo a través del cual desplegamos nuestras actuaciones de identificación. En este sentido, cabe pensar que existen actos categoriales, simbólicos y discursivos. Estos últimos, a su vez, pueden ser de naturaleza explicativa o narrativos (ver Rosa y Blanco, 1995). Bajo este paraguas teórico, en esta tesis hemos entendido la identidad enfermera como un proceso en construcción, complejo y dinámico, configurado por elementos

sometidos a continuos cambios, a veces sustanciales, en ese tránsito hacia la profesionalización. Por lo demás, y esto es especialmente claro en el caso de la gestión de la identidad enfermera, la hipótesis identitaria sobre lo que uno es se desarrolla sobre la percepción de la alteridad, en el sentido de identificarse a uno mismo al percibir que el otro es distinto (Rasskin, 2012). Es en este espacio en el que situamos la construcción de la identidad enfermera, que se sitúa en la confluencia entre tres tipos de conflictos: (1) los conflictos identitarios que se producen en el propio ámbito del cuidado, a propósito de las distintas concepciones del cuidado que se ejercen cotidianamente, (2) los conflictos más relevantes originados entre enfermeras, practicantes y matronas, aun hoy sin resolver, aunque la normativa vigente lo dé por resuelto (Sellán, 2007), y, finalmente, aunque tal vez más decisivos, (3) los conflictos con los profesionales de la medicina. Estos conflictos los podemos ver representados en la Figura 16.

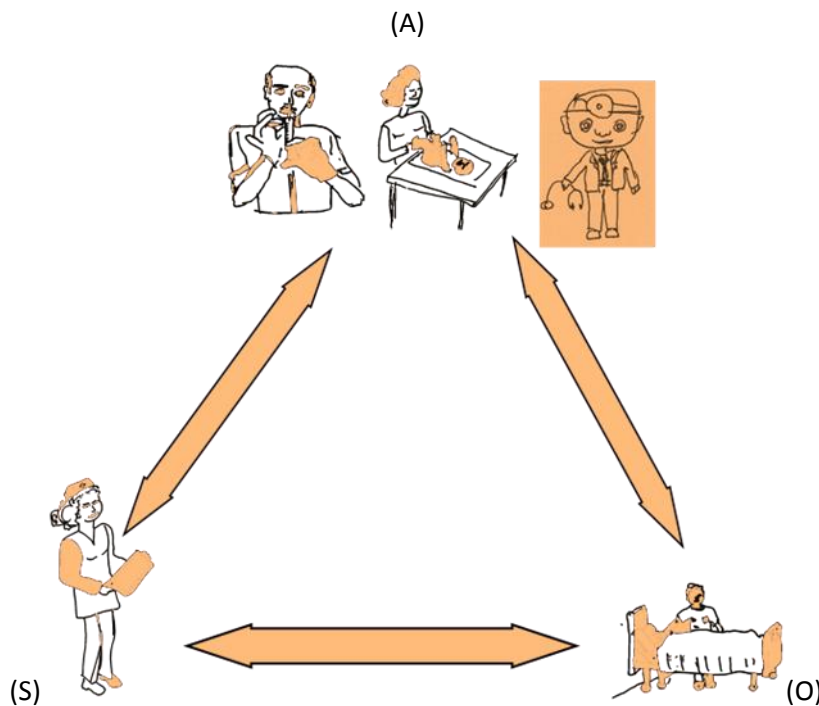


Figura 16. Esquema adaptado de la interpretación de Araya de la propuesta de Moscovici que representa los conflictos entre enfermeras, matronas, practicantes y la medicina.

Como podemos observar el sujeto es la enfermera, el objeto es el cuidado en su seno confluyen los conflictos y, al interactuar entre si enfermera y cuidado, pasan a un esquema

tríadico donde están las matronas, los practicantes y la medicina los percibimos en el *Alter* que esa interacción tríadica va a influir en la relaciones de la enfermera en el cuidado.

A las personas las pensamos como seres pensantes autónomos, que generan y comunican constantemente sus representaciones, por tanto, son contempladas como receptoras activas, dada la función tan significativa que el *Alter* tiene en la construcción de la realidad social. Y es en esa realidad donde al relacionarse unas con otras van construyendo sus representaciones y su identidad, a través de rumores, comentarios y cultura no oficial, como por ejemplo, las relaciones de las personas en las organizaciones y el modo de construir sus observaciones (Araya, 2002). Desde la teoría de las representaciones sociales se enfatiza la importancia de los procesos de inferencia, que están presentes en la construcción de la realidad, e insiste en que la realidad, está relacionada con la lectura que se haga de ella.

En este sentido, la identidad enfermera es, como hemos visto, una construcción dinámica y continua, a la vez social e individual, resultado de diversos procesos de socialización entendidos que se dan sobre un fondo biográfico y relacional, y vinculados con un contexto socio-histórico y profesional particular en el cual esos procesos se inscriben.

Hay muchos factores que influyen en una gestión problemática de la identidad enfermera y que podrían ser tenidos en cuenta en el diseño de las políticas sanitarias. Como anticipábamos, es muy probable que la normativa, tanto europea como española, que regula la formación de las enfermeras no tome en consideración lo que a nosotros nos parece esencial e irrenunciable en el ejercicio cotidiano y responsable del cuidado, como es el tiempo que las enfermeras necesitan para impartir los cuidados a las personas que cuidan. En este sentido, pensamos, casi con seguridad, que desde instancias políticas y organizacionales no se han planteado esta cuestión del “tempo”, en nuestra opinión, muy necesaria e importante para cuidar. Esto se debe, a que las organizaciones institucionales de salud centradas en sus múltiples procesos y dinámicas, pendientes de la inmediatez, del rendimiento en términos de producción y de la calidad, se olvidan de asignar o establecer el tiempo suficiente para que las enfermeras apliquen sus intervenciones en los distintos procesos de salud y, bajo el mismo prisma, desde el cual se establecen los tiempos de otras intervenciones, también, necesarias para restablecer la salud. Esta exigencia de productividad y eficacia a corto plazo no es el único factor que influye en la aparición de problemas como el *burnout*.

Como hemos visto, en el análisis de los factores sobre el *burnout*, la ansiedad, su satisfacción laboral y las condiciones sociolaborales en las que la enfermera desarrolla la actividad de la enfermera, también, nos han permitido visualizar la influencia que dichos factores proyectan sobre la construcción de la identidad y representación enfermera,

entendida en el sentido de que todas las acciones encaminadas a construir la identidad, realizadas en zonas colindantes de roces laborales, originan identidades anómalas, favorables para el desarrollo de alteraciones psicosociales. A su vez, en el análisis de los centros asistenciales, también, aparecen situaciones que consideramos favorables al desarrollo del *burnout*, entre otras podemos señalar, el aumentado de pacientes por enfermera; la ambigüedad de rol; la disminución del sentimiento de realización personal por medio del trabajo; la relación enfermera paciente; el mostrar una serie de actitudes, como empatía, apoyo, escucha activa, consuelo, acompañamiento; la interacción de la enfermera con el equipo de salud y el sentir de las enfermeras en relación de no sentirse reconocidas por sus superiores. Estas situaciones nos llevan a decir que el hospital es uno de los escenarios donde el malestar de las enfermeras es más evidente y, es este ámbito el que genera mayor insatisfacción profesional. Esta insatisfacción ocasiona problemas psicosociales que atribuimos a una configuración anómala del rol profesional asociado, a su vez, a la indefinición de sus funciones que obstaculizan o dificultan el establecimiento de un rol profesional autónomo.

Por otra parte, hemos encontrado que formando parte de estas alteraciones psicológicas, también, están presentes los factores resistentes al cambio y a la innovación, que en nuestra opinión, podría deberse al hecho de ser organizaciones muy burocratizadas. Hecho que, permite, por una parte, la permanencia de actitudes y conductas favorables para el desarrollo del *burnout*, por otra parte, tiene que ver con el cambio conceptual ocurrido en el seno de la enfermería, que significó pasar de la filosofía del Ayudante Técnico Sanitario, a la filosofía enfermera que se apoya en nuevos modelos teóricos.

Con esta investigación pretendemos contribuir a la profundización del conocimiento de la enfermería, a la construcción de sus identidades y al conocimiento del desarrollo de sus conflictos, con el fin de proporcionar, a los modelos psicológicos, psicosociales o antropológicos, el conocimiento sobre el origen y las consecuencias de los conflictos en el ámbito de la enfermería.

El análisis de la evolución de las prácticas de cuidado nos ha permitido comprender en profundidad cómo se muestra la actual profesión de enfermería, como se ve a sí misma y cómo la representan los demás. En este sentido, el desarrollo de las prácticas de cuidado en la historia occidental se articula en torno a dos momentos claves en la evolución de su cultura. El primero vino dado por la nueva antropología ofertada por el cristianismo, que supuso para la enfermería la institucionalización del cuidado y su futuro desarrollo durante la Edad Media, a través de las obras de misericordia llevadas a cabo tanto por personas, cristianas y laicas, como

por las diversas congregaciones religiosas. El segundo estuvo motivado por la Reforma Protestante que originó un cambio en relación a las prácticas de cuidado y su responsabilidad. Así, nació la enfermería moderna laica y femenina creada al amparo de valores y al servicio de objetivos fundamentalmente morales. Consecuentemente, el desarrollo de la enfermería como colectivo profesional ha estado marcado por los valores sociales que se entendían propios de la condición femenina, como la abnegación, la empatía, el cuidado de los más débiles, la moralidad impecable, la caridad y la sumisión.

Por otro lado, en el imaginario social, que hemos analizado a través de las instituciones, textos, normativas legales, programas de estudios, competencias profesionales, se muestra que la importancia del quehacer de las enfermeras, lo es, siempre como prolongación o suplementación del saber médico, masculino. La abnegación, sacrificio, disciplina, sumisión, junto a la caridad, religiosidad y moralidad han sido, en efecto, los valores preponderantes en el proceso de socialización de las enfermeras españolas hasta los años cincuenta del siglo XX. Pero, además, en España, otros dos grupos configuran la profesión de enfermería, los practicantes, quienes, sin lugar a dudas, han mostrado desde el siglo XV su compromiso identitario que, como hemos visto en este trabajo, ha implicado casi siempre la negación de la autonomía identitaria de la enfermería. Como es lógico, esta profesión auxiliar fue casi exclusivamente masculina. Las matronas, a su vez, como mujeres, siguieron una lógica en su proceso de socialización paralela a la de las enfermeras.

Los cambios legislativos que en los años 60 se producen en materia de educación, destinados a regular el ejercicio de las profesiones “subalternas” de la medicina, esto es, practicantes, matronas y enfermeras, conducen a la unificación de los tres estamentos sanitarios y a su integración bajo la denominación de Ayudante Técnico Sanitario. A partir de este momento, la enfermería española vivirá durante casi tres décadas supuestamente unificada, legitimando las desigualdades internas relativas al género, ya que quedó expresamente prohibida la coeducación, y las oportunidades formativas fueron diferentes para los estudiantes masculinos y para las alumnas femeninas. De esta forma se institucionalizaron las desigualdades desde una perspectiva de género (Sellán, 2007). Posteriormente, con el ingreso en la universidad, y durante los casi treinta años de enfermería universitaria, las enfermeras españolas, han intentado desarrollar una profesión autónoma en el ámbito de la praxis y obtener el mayor grado académico, así como la posibilidad de acceder a un proceso de formación como especialistas. Sin embargo, a nuestro modo de ver en esta tesis, las políticas estatales sanitarias dirigidas a la atención de la población, no han sido sensibles a las

demandas que este colectivo proponía, en relación al reconocimiento de su acción competencial.

En este sentido, cabe recordar que la formación académica destinada a niveles formativos superiores sólo ha sido atendida en el contexto del proceso de la Convergencia Europea. De esta forma, y desde este contexto, es como las enfermeras españolas han conseguido la aspiración legítima, los estudios de Grado en Enfermería, que sistemáticamente se les había negado.

En el capítulo 2, veíamos uno de los motivos que animan a esta tesis doctoral y, que está relacionado con la conceptualización de las representaciones sociales de la enfermera, por pensar que están imbricadas, como hemos visto, con su identidad, tanto personal como profesional. Por este motivo, hemos tratado de sintetizar algunas de las concepciones teóricas de las representaciones sociales, que, como sabemos, surgieron en el inicio de la década de los sesenta, a partir de la definición que Durkheim había formulado sobre representaciones colectivas. Moscovici (1981, 1984) reformula este concepto y acuña la expresión “representaciones sociales”, dotándolas, entonces, de un carácter dinámico, simbólico, que enfatiza el compromiso del nuevo concepto con los procesos de intercambio social de conocimiento. Las representaciones sociales estarían así vinculadas con los mitos y sistemas de creencias culturalmente heredados. En este sentido, Araya (2002) sugiere que los conceptos de objetivación y anclaje hacen posible que se generen las representaciones sociales, a la vez, que permiten que a través de ellos podamos categorizar, clasificar y ponerle nombre a las cosas. Al proceso de seleccionar información en un contexto social originario y reorganizar la información para formar un “núcleo figurativo” de la representación, donde lo desconocido se transforma en conocido, lo conocemos como “objetivación”. Y, al proceso por el cual entidades abstractas se convierten en entidades concretas y materiales, podríamos decir, los productos producidos por el pensamiento son convertidos en realidades físicas y, a su vez, los conceptos se transforman en imágenes y a este proceso lo denominan “anclaje”. Dichos conceptos los hemos tomado en esta tesis, por entender que los dibujos realizados por nuestros participantes constituyen los anclajes de las representaciones sociales, que esos participantes tienen de la identidad enfermera.

En nuestro propósito de profundizar en las representaciones sociales de la enfermería, más allá del material que nos han proporcionado nuestros participantes, nos hemos acercado a la iconografía en la que, a lo largo de la historia, ha aparecido reflejada la figura de la mujer cuidadora, bien, como madre, como monja o como enfermera. En este sentido, y en relación

con la presencia atávica de la cofia como anclaje simbólico de las representaciones sociales de la identidad enfermera, y siguiendo a Blanco (2002), podemos decir que la iconografía no está obligada a expresar fielmente la realidad, sino que intenta representarla, acentuando de alguna manera los semblantes del sujeto u oficio representado. De manera, que podemos concluir diciendo, que las imágenes forman parte de los códigos que la cultura produce y utiliza para reconocerse o extrañarse de sí misma, constituyendo, de esta manera, un medio definitivo para el avance de la historiografía.

Al aproximarnos a la lógica del pensamiento social para dar cuenta de cómo la realidad social es percibida y construida, nos hemos hecho sensibles a las formas de relación que se dan en el seno de los colectivos sociales, tratando de ver cómo los significados presentes en esas relaciones construyen conocimiento, a través de los signos que transportan sus representaciones. En este sentido, creemos que el proceso de socialización profesional está influenciado por las condiciones sociológicas de la organización, en nuestro estudio, la organización hospitalaria. Dichas condiciones tienen carácter estructural y generan cultura organizacional, un factor crucial en la configuración del clima cultural o ambiente profesional. Las normas de comportamiento establecidas dictan el tipo de relaciones estructurales, a la vez, que éstas establecen dichas normas, que tienen gran influencia en el clima cultural; éste, a su vez, estructura las relaciones en el interior mismo del sistema y va a determinar cómo se siente el profesional ante el comportamiento que se le exige en el ejercicio de su actividad.

Para interpretar la acción humana situada en escenarios sociales concretos resulta, como hemos tratado de argumentar a lo largo de esta tesis, especialmente interesante el enfoque dramático de K. Burke. Burke defiende que la articulación narrativa de los cinco casos de la pentada dramática (actor, acto, propósito, instrumento y escenario) permite dar cuenta, o motivar, cualquier forma de acción humana real o pensable. Hemos utilizado la perspectiva burkeana como eje metodológico de nuestra tesis. La pentada dramática ha funcionado como un sistema general de categorías que nos ha permitido disponer de un mapa donde ir colocando los resultados de nuestro análisis de los dibujos y los textos. Desde esta perspectiva, la acción puede ser objetivada y convertida en materia de análisis. Sin obviar, que en toda teoría sobre la acción hay que hacer un balance de las relaciones en el tiempo entre los cinco elementos de la pentada dramática (agente, acto, meta, modo y escenario), en el sentido en que Balbi (2004) lo plantea.

El análisis de la socialización profesional de la enfermera, como hemos visto, se inicia con la identificación de un rol ocupacional o de una profesión, que ayuda a la persona a integrar todas las etapas evolutivas y los conceptos de sí mismo anteriores a esa etapa. En

sintonía con lo anterior, el ejercicio de su actividad interdisciplinar constituye un reto para el colectivo enfermero y exige que se den una serie de condiciones, que a pesar de estar implícitas en la praxis cotidiana, no siempre se dan. Una de ellas es la utilización de un lenguaje enfermero común, comprensible, y que, a su vez, facilite el diálogo y la interrelación profesional, donde el médico comprenda a la enfermera y ésta comprenda al médico.

En esta misma línea, nos hemos hecho eco del sentir de las concepciones del pensamiento feminista *postestructuralista*, lo que nos ha permitido entender que las estructuras y los pensamientos sociales establecidos pueden ser fuente de opresión y marginación para muchos colectivos sociales. En este sentido, abogamos por promover un cambio en las estructuras de poder y modificar los postulados del conocimiento que los soportan y mantienen, sin descartar la influencia que ejercen los conocimientos transmitidos a través de las tradiciones y, buscando alternativas, que determinen el conocimiento práctico de la profesión enfermera. De manera que, es importante recordar que las relaciones de poder son elementos que determinan la construcción y la permanencia de discursos profesionales relacionados con la igualdad de género. Por este motivo, planteamos la necesidad de que la sociedad realice los cambios oportunos que modifiquen actitudes y conductas, de manera, que se democratizen los mecanismos de promoción en las organizaciones.

Siguiendo la misma dirección, en el capítulo 4 y 5 de resultados, hemos podido observar cómo el análisis descriptivo nos muestra por un lado, las categorías, que presentan un mayor o menor volumen de frecuencia, o ausencia de representación. A su vez, hemos analizado la evolución de las representaciones de la enfermera en los dibujos de los estudiantes de cada una de las escuelas que han participado en nuestro estudio durante los tres cursos de la diplomatura. De la misma forma, hemos analizado los dibujos realizados por las enfermeras de hospitalización, por las enfermeras de atención primaria, por los médicos y por los odontólogos y, con los resultados obtenidos, hemos hecho un estudio comparativo entre los grupos.

De manera que, todos los grupos han representado a la enfermera femenina y joven, disponibilidad, receptividad, cercanía, seria. Las diferencias de representación las hemos encontrado en el pelo recogido, uniforme, labios pintados, ojos pintados, pendientes, defensa, distancia, suficiencia, identificación, pijama, falda, zuecos, zapatos de tacón, cofia y cruz. A través de estos resultados, hemos ido obteniendo un gradiente de identidad enfermera que hemos visto, por una parte, en la representación de una enfermera en la que priman los aspectos primordiales del cuidado (acercarse al otro, implicarse, escuchar, apoyar, acompañar,

etc.) y, por otra, en la enfermera que concede mayor importancia o resalta los aspectos técnicos de la profesión. A su vez, en estos dos tipos de representación de la enfermera está presente o no aparece la *cofia* y la *cruz*.

En consecuencia, este análisis nos ha permitido elaborar cuatro tipos de dibujos ideales, que representan a la enfermera impartiendo cuidados bajo concepciones distintas. Esta tipología contiene un gradiente de complejidad identitaria extraído de los dibujos realizados sobre la enfermera que a continuación presentamos. Los hemos clasificado en Tipo A, Tipo B, Tipo C y Tipo D.

Tipo A. Recoge la imagen que nos muestra la figura de una enfermera joven, estereotipada, que lleva un atuendo compuesto por *vestido*, por *falda y blusa*, por *pantalones* (pueden aparecer ajustados), o incluso por *pijama*. Pueden llevar *zuecos*, *zapatos* o *zapatos de tacón*, *cofia* con *cruz*, *jeringa*, *fonendo*, *batea* o *sondas*, *identificación*. Muestra *seriedad*, *distancia* y *defensa*, en el sentido de protegerse del contacto con el enfermo, al que solamente toca con los instrumentos (*fonendo*, *tensiómetro*). El pelo, generalmente es *largo* y suelto o *rizado y alborotado*. Tiene los *ojos pintados*, *los labios pintados* y *pendientes*, elementos que no influyen en el cuidado. A este modelo de enfermera, así representada, la percibimos como una enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión, sin disposición a cuidar.

Tipo B. Se corresponde con la imagen de una enfermera con *vestido*, con *falda y blusa* o con *pantalones* (pueden aparecer ajustados). Pueden llevar *zuecos*, *zapatos* o *zapatos de tacón* y lleva *cofia* con *cruz*. El pelo, generalmente, es *largo* y suelto o *rizado y alborotado*. Puede llevar los *ojos pintados*, *los labios pintados* y *pendientes*, elementos que no influyen en el cuidado. Su expresión es *cálida*, con una actitud de *cercanía*, con *disposición* de ayuda y *receptiva*, decimos que es una enfermera que está orientada al cuidado.

Tipo C. Está configurada por la imagen de una enfermera que lleva *pijama* con *zapatos* o *zuecos*, con el *pelo largo o corto*, *recogido o suelto*, o *rizado y alborotado*. Puede llevar los *ojos pintados*, *los labios pintados* y *pendientes*, elementos que no influyen en el cuidado. Su expresión es *seria*, *cálida*, muestra cierta *distancia*, *defensa* y *suficiencia*, actitudes que no son favorables al cuidado. Además, lleva *jeringa*, *tijera*, *fonendo* y algún *instrumento*. En este caso predominan los aspectos instrumentales de la profesión. Por tanto, la percibimos como una enfermera más centrada en las técnicas y procedimientos que en el cuidado.

Tipo D. Representa a la enfermera cuidadora. Se corresponde con la imagen de una enfermera representada por una figura *femenina* o *masculina* que lleva el *pelo largo recogido o corto*, puede también llevarlo *suelto y rizado*. La cara para cuidar no es necesario que esté pintada, por tanto, los ojos y los labios pintados no deberían aparecer. La expresión de la cara es *cálida, alegre* o *seria*. La expresión corporal es de *cercanía, receptividad y disposición* de ayuda, actitudes que son favorables en el cuidado. Por el contrario, no debe mostrar ni *suficiencia* ni *distancia* ni *defensa*, por ser actitudes que no favorecen el cuidado. El atuendo puede ser un *pijama* y/o *bata* y puede calzar *zapatos o zuecos*. Los símbolos que forman parte de la dimensión técnica del cuidado son la *jeringa*, la *maskarilla*, el *fonendo*, el *esfigmomanómetro*, *documento*. Los lleva la enfermera, solamente, cuando va a administrar alguna técnica o procedimiento del cuidado. Otros símbolos como la *cofia* o la *cruz* no son necesarios para cuidar.

A partir de esta clasificación, podemos decir, que los estudiantes de primer curso de La Paz dibujan a una enfermera Tipo C que se corresponde con una mujer *joven*, con *pelo largo*, *ojos pintados*, con una expresión facial *cálida*, a la vez, que su expresión corporal muestra cierta *distancia*. Lleva *pijama*, *zuecos*, *jeringa*, *fonendo* e *instrumentos*. Decimos que es una enfermera más centrada en las técnicas y procedimientos que en el cuidado. A su vez, percibimos también, una enfermera Tipo A, que es *joven*, con *pelo largo*, *ojos pintados*, con una expresión facial *cálida* y cuya expresión corporal muestra cierta *distancia*. Lleva *pijama*, *zuecos*, *pelo largo*, *ojos pintados*, *jeringa*, *fonendo* y *cofia*. Es también una enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión.

Los estudiantes de segundo curso de La Paz han representado a una enfermera *joven* con *pelo largo o pelo recogido* y, con *expresión facial cálida, receptiva y seria*. Con *pijama* y *zuecos*, los *ojos pintados*, con *defensa, distancia y suficiencia*, lleva *jeringa* y *zapatos de tacón*. Por tanto, por un lado percibimos a una enfermera en la que existen elementos más proclives al cuidado, a la que llamamos enfermera cuidadora y que se corresponde en nuestras tipologías, con el Tipo D. Por otro lado, vemos a una enfermera inclinada hacia los aspectos técnicos del cuidado que se corresponde con el Tipo C.

La figura que mayoritariamente han representado los estudiantes de tercero ha sido *femenina, joven*, con *pelo largo, pelo recogido, ojos pintados, cálida*, con alguna *defensa* y *distancia*. Lleva *pijama, zuecos, jeringa, fonendo* o, en ocasiones, *falda, cruz* y *cofia*.

Percibimos, no obstante, la existencia de elementos tendentes al cuidado humano como son la *calidez*, la *cercanía* y *disposición* de ayuda conviviendo con elementos proclives a los aspectos técnicos, como es la presencia de la *jeringa*, el *fonendo* y la *batea*. Por tanto, en este grupo tenemos, por una parte, a una enfermera que se acerca a los aspectos biopsicosociales del cuidado, dirigida al cuidado que en nuestra tipología se corresponde con el Tipo D. Por otra, esta la enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión, que lleva jeringa, fonendo y, además cofia. Es una enfermera que se corresponde con el Tipo A de nuestras tipología.

Observamos que las concepciones previas que tienen los estudiantes de la Paz al llegar a la escuela se han ido modificando. En primero representan a una enfermera Tipo A centrada en los aspectos técnicos de la profesión acompañada de símbolos y, a otra, Tipo C centrada en los aspectos técnicos de la profesión. En segundo representan a la enfermera Tipo D, centrada en el cuidado y, a otra Tipo C, centrada en los aspectos técnicos de la profesión. Los estudiantes de tercero representan a una enfermera centrada en el cuidado Tipo D y, a otra enfermera Tipo A, que se ocupa de los aspectos técnicos de la profesión y lleva alguno de los símbolos, como la cofia, la jeringa o el fonendo. Luego, con estos resultados, podemos decir, que, en alguna medida, las experiencias previas se han ido modificado a lo largo del curriculum.

La forma de concebir a la enfermera de los estudiantes de primero de la Fundación Jiménez Díaz la podemos representar en una figura *femenina, joven, con pelo largo, los ojos pintados*, con una expresión facial *alegre y cálida, cercana*, que de alguna manera, muestra cierta *distancia*, lleva *pijama, zuecos, jeringa, fonendo, cruz, cofia*. Por tanto, en nuestra opinión, es una enfermera que combina la utilización de las técnicas y procedimientos con el cuidado. De manera, que se corresponde con el Tipo D. La enfermera *joven, con pelo largo, los ojos pintados*, con una expresión facial *alegre y cálida, cercana*, que como decimos es una enfermera centrada en el cuidado. Por otro lado, encontramos a la enfermera centrada en los aspectos técnicos, que se muestra distante, suficiente y lleva cofia, jeringa y fonendo, sin inclinación al cuidado, una enfermera que se corresponde con el Tipo A.

Los estudiantes de segundo de la Fundación Jiménez Díaz han representado una figura *femenina, joven, con pelo largo, pelo recogido, ojos y labios pintados*, que expresa *seriedad, cercanía, alegría*, es *cálida* y con *disposición* de ayuda,. Llevan *identificación, un documento, pijama, zuecos*. Decimos de ella que tiene inclinación al cuidado; luego se corresponde con el Tipo D. Además, vemos a otra enfermera *joven, con distancia, defensa, labios y los ojos pintados, con fonendo y cofia*. La percibimos como una enfermera centrada en las técnicas, por tanto se corresponde con el Tipo A.

Este grupo de tercero de la Fundación Jiménez Díaz ha representado la figura de la enfermera *femenina, joven, con pelo largo, pelo recogido, identificación, tijeras, gafas, zuecos, pijama, ojos pintados, labios pintados, cálida, receptiva, seria, cercana y con disposición de ayuda*. Lleva *cofia*, es una enfermera dirigida al cuidado, por tanto, es una enfermera Tipo B. Además, percibimos otra enfermera con elementos favorables al cuidado humano, como son *calidez, seriedad, cercanía, receptividad y disposición de ayuda*, conviviendo con elementos propensos a los aspectos técnicos, como son la presencia de *jeringa, fonendo y mascarilla*. Por ello vemos, por una parte una enfermera dirigida al cuidado Tipo D y, por otra, a una enfermera centrada en los aspectos técnicos Tipo C.

Las experiencias previas de los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, en alguna medida, se han ido modificado. Así, en primero representa a una enfermera centrada en el cuidado, que se corresponde con el Tipo D y, a otra enfermera centrada en los aspectos técnicos de la profesión acompañada de símbolos Tipo A. En segundo, representan a una enfermera con inclinación al cuidado que se corresponde con el Tipo D y, a una enfermera dirigida a los aspectos técnicos de la profesión Tipo C. En tercero, representan a una enfermera dirigida al cuidado acompañada de símbolos, es una enfermera Tipo B, a otra enfermera Tipo D dirigida al cuidado y, a una enfermera dirigida a los aspectos técnicos de la profesión Tipo C. Luego, las experiencias previas de estos estudiantes al llegar a tercero, en cierta medida, se han modificado.

El grupo de enfermeras de hospitalización han elegido para sus dibujos una figura *femenina, joven, alegre, cálida, seria, con disponibilidad, receptiva, defensa, distante. Lleva pijama, zuecos o zapatos, labios pintados, ojos pintados, pendientes, falda, la camisa, los zapatos de tacón, jeringa, la cruz y la cofia*. Luego, tendríamos una enfermera Tipo D, dirigida a los aspectos del cuidado, en el sentido de atender las necesidades en las tres áreas de la persona, a otra, centrada en los aspectos técnicos de la profesión, acompañada de símbolos, que sería el Tipo A, y por último, otra Tipo C dirigida a la técnica.

La forma de concebir a la enfermera por las enfermeras de atención primaria la podemos representar en una figura *femenina, joven, con pelo largo o pelo corto, transmitiendo calidez, alegría, seriedad y con disponibilidad, receptividad, cercanía y mostrando alguna distancia*. Además, lleva *pijama, zuecos o zapatos, jeringa, fonendo, cruz y cofia*. Por tanto, vemos a una enfermera centrada en los aspectos primordiales del cuidado que se corresponde con el Tipo D, a otra que concede mayor importancia a los aspectos técnicos de la profesión

que sería el Tipo C y, a una última que está dirigida al cuidado que lleva cofia y que se corresponde con el Tipo B.

En el grupo de médicos la enfermera que se ha representado es *femenina, joven, con pelo largo, pijama, zuecos, zapatos, alegre, cálida, seria, con disposición, receptiva y cercana*. Decimos que es una enfermera con disposición al cuidado que se corresponde con el Tipo D. Además, también, esta representado el *pelo rizado y alborotado, con suficiencia, distancia y defensa*. Lleva *jeringa, cofia y cruz*. Por tanto, decimos que es una enfermera centrada en los aspectos técnicos acompañada de símbolos que se corresponde con el Tipo A. También, detectamos otra enfermera centrada en los aspectos técnicos sin símbolos que se corresponde con el Tipo C.

El grupo de odontólogos representa a la enfermera *femenina, joven, con pelo largo, pelo rizado y alborotado, con los labios y los ojos pintados y con pendientes*. Es *alegre, transmite calidez y seriedad*, mostrando una actitud de *disponibilidad, receptividad y cercanía*. *Viste pijama y calza zuecos o zapatos de tacón*. De la misma forma que en los grupos anteriormente analizados, hemos obtenido una enfermera correspondiente al Tipo D, con inclinación al cuidado. Encontramos también una enfermera, que además de lo anterior, lleva *cofia y cruz* y que se corresponde con el Tipo B. Otra que a su vez muestra *suficiencia, defensa y distancia*, que lleva *falda o vestido, camisa, jeringa, documento y fonendo*, correspondiente al Tipo C. Por último, una enfermera que, además, de *suficiencia, defensa y distancia* lleva *falda o vestido, camisa, jeringa, documento, fonendo y cofia* que corresponde con el Tipo A.

En los capítulos 6 y 7, la información la hemos extraído de las respuestas a las preguntas de la pentada dramatúrgica la cual en esta tesis hemos seguido para el análisis de los textos y dibujos. Las respuestas que hemos obtenido a la pregunta "¿Quién es la enfermera en cada una de las variables agrupadoras?", ha sido que tanto los estudiantes de dos Escuelas de Enfermería diferentes, como los estudiantes de cada uno de los cursos de que participan en nuestro estudio, como los hombres y las mujeres y los profesionales que llevan ejerciendo su profesión desde su inicio hasta los quince años, manifiestan, que los atributos que deben mostrar las enfermeras para ejercer el cuidado son: caridad, amor, entrega, cercanía, calidez, confianza y seguridad con las personas cuidadas. Eliminando barreras en la comunicación, enfermera-paciente, de modo que facilite una expresión de sentimientos que ayude a los pacientes a disminuir el sufrimiento. Sin embargo, los profesionales que llevan trabajando más de treinta años no refieren ninguna de estas atribuciones.

En relación con el atuendo que debe llevar la enfermera, los estudiantes de La Paz y los estudiantes de la Fundación Jiménez Díaz, manifiestan, por un lado, que debe llevar el pelo

recogido y un uniforme apropiado para ejercer el cuidado y, por otro lado, en la variable "Curso", solamente los estudiantes de primero y segundo curso manifiestan que las enfermeras deben llevar el pelo recogido, en el ejercicio del cuidado y, a su vez, continuando con esta variable, solamente, los estudiantes de primero hacen referencia al uniforme y, dicen, que en muchas ocasiones, se representa a las enfermeras con una vestimenta que no es apropiada para el ejercicio del cuidado. Por tanto, podemos decir, que en los primeros cursos de la formación están muy presentes aspectos identitarios los cuales han marcado considerablemente el modo de configurar la representación de la enfermera y, a medida que se produce su socialización en las instituciones académicas y hospitalarias, van dejando de otorgarle importancia. Tanto es así, que en esta categoría, en las variables agrupadoras "Género" y "Rango Antigüedad" no hemos encontrado diferencias significativas.

Sobre las Creencias de la enfermera en relación con lo que hace, hemos encontrado que todos los participantes manifiestan que las enfermeras están a las órdenes del médico en el ejercicio del cuidado, que son el enlace entre el paciente y el médico y que colaboran con él avisándole cuando la situación del paciente lo requiere. También, ponen de manifiesto que las enfermeras por distintas circunstancias, no pudieron estudiar medicina y tuvieron que elegir enfermería como profesión y que con el paso del tiempo han aprendido a querer a su profesión. En el caso de los estudiantes de primero aparece más arraigada la creencia de que las enfermeras ayudan al médico. En relación con los estudiantes, a nuestro modo de ver, las percepciones y creencias sobre ciertos aspectos de la enfermería al avanzar de curso se han ido modificando. Además, podemos decir, que tanto los estudiantes al pasar de un curso a otro como los profesionales de la salud al ir aumentando los años de ejercicio profesional se van adaptando. Por un lado, los estudiantes modifican sus expectativas sobre la enfermería y, por otro, las enfermeras se adaptan a las situaciones laborales. En estas situaciones, los médicos marcan los criterios y modos de hacer y las enfermeras se acomodan y, en ocasiones, reflexionan sobre si continuar esforzándose por conseguir un espacio profesional propio, o si es mejor dejar pasar el tiempo, de alguna manera, esperando a que "alguien" las coloque en el lugar en el que las pertenece estar.

A cerca de la "Disposición/Vocación" de las enfermeras hacia el cuidado, todos los grupos coinciden en manifestar que algunas enfermeras desde la infancia ya deseaban ser enfermeras. En este sentido, debemos añadir, que la sociedad en general, por diversos motivos relacionados con la enfermedad, también considera que para ejercer la enfermería es necesario tener vocación. Además, en relación con los sentimientos de la enfermera acerca de

su profesión, nos han dicho que las enfermeras asumen la responsabilidad de las actividades que realizan y se implican en lograrlas, manteniendo una actitud positiva. A su vez, dicen, que la enfermera es la persona que trabaja o desarrolla su actividad en el ámbito de las ciencias de la salud y, es en ese campo, donde llevan a cabo el ejercicio del cuidado.

El "Género" para representar a la enfermera joven, lo mismo que en los dibujos, ha sido el femenino. En esta misma línea, mantienen que las enfermeras están conformes con su profesión, y que se sienten reconocidas y orgullosas de ser enfermeras. De otra forma, vienen a decir, que las enfermeras necesitan seguir estudiando y con sus conocimientos encontrar un espacio de satisfacción, encontrando también un reconocimiento profesional de la sociedad. No obstante, debemos decir que los profesionales que llevan trabajando entre quince y cuarenta y cinco años, no refieren la necesidad de seguir estudiando ni el escaso reconocimiento de la sociedad. Por todo esto, hemos visto que afloran algunas de las contradicciones existentes en esta profesión, donde, por una parte, se presenta la necesidad de seguir estudiando y ampliar conocimientos para encontrar un espacio de satisfacción y reconocimiento profesional y, por otra parte, hemos observado que algunas enfermeras están conformes con su profesión y que se sienten orgullosas de serlo. A pesar de todo, pensamos que estando conformes con la profesión de enfermera y estando orgullosas de serlo, esto, no es óbice, para saber de la baja consideración con la que cuenta socialmente. Luego, a estos resultados les podemos dar una explicación si los situamos en la ambivalencia que existe entorno a la identidad profesional de la enfermera y, sobre todo, dentro del colectivo enfermero, donde se dan estas contradicciones. Al mismo tiempo, dicen que las enfermeras cuidan buscando el bienestar psicológico, social y físico del paciente y, con sus cuidados, pretenden conseguir, que la persona logre la mayor recuperación posible de salud.

En Relacionado con la profesión, podemos decir que todos los participantes nos han dicho que las enfermeras realizan una serie de actividades cuidadoras utilizando su conocimiento y pericia, sabiendo el qué hacer y el para qué y, que lo realizan tanto a lo largo del proceso de la enfermedad como en la prevención de ésta. Para conseguirlo gestionan los cuidados y asumen sus responsabilidades a lo largo del proceso de la enfermedad, aunque, manifiestan las dificultades que encuentran para administrar los cuidados por estar las plantillas muy justas al haber aumentado la asignación de pacientes por enfermera. No obstante, a pesar de las dificultades, se esfuerzan por ayudar y cuidar a todos los pacientes. En relación con el trabajo en equipo, lo perciben como un factor positivo para las relaciones profesionales que, a su vez, repercute favorablemente en la recuperación de la salud de los pacientes. A cerca de las concepciones teóricas de la enfermería, expresan que las enfermeras

contemplan a la persona como un ser bio-psico-social en interacción con su entorno, asumiendo el cuidado desde estas tres dimensiones.

A la pregunta, cómo realizan las enfermeras su actividad, reconocen que las enfermeras realizan procedimientos y técnicas terapéuticas, que poseen conocimientos y habilidades para ayudar a las personas que cuidan y que realizan el cuidado siguiendo el proceso de atención de enfermería. También, utilizan las habilidades de comunicación-relación, apoyo y comprensión del otro y saben como aplicar sus conocimientos de cuidados tanto teóricos como prácticos, adoptándolos a las circunstancias de las personas. Del mismo modo, dan apoyo y comprensión a las personas que cuidan, apoyan y ayudan a su familia en todos los aspectos relacionados con la enfermedad y, les facilitan los contactos relacionados con redes sociales como asociaciones, grupos de autoayuda, etc., que les puedan servir de ayuda. En su modo de hacer, además, de registrar todos los cuidados que realizan, investigan sobre la forma de aplicar los cuidados. Están próximas al paciente y a su familia recogiendo información para dársela a otros profesionales. Las actividades cuidadoras que realizan están dirigidas a mantener y preservar la salud, aplicando los principios éticos y deontológicos de la profesión, con compromiso profesional y a su vez, buscando la sonrisa del paciente. Otra de las actividades que nos han dicho que realizan es la de acompañar a los pacientes que cuidan hasta el final de la vida, intentando que llegue a conseguir una muerte digna. En este sentido, manifiestan que la enfermería es una profesión dura que exige sacrificio pero que, a la vez, proporciona gratificación personal al poder ayudar en esas situaciones.

Las metas que las enfermeras pretenden alcanzar con sus cuidados, según los participantes, son entre otras las de curar y permanecer al lado de la persona que sufre, ayudándola a soportar la enfermedad y a conseguir su autonomía si es posible. Si esto no puede ser utilizan todos los recursos para hacer más llevadero el sufrimiento al paciente. Dentro de los esfuerzos que realizan las enfermeras está el ampliar sus conocimientos, mejorar sus prácticas cuidadora, lograr ser profesionales competentes y conseguir autonomía profesional. Según nuestros participantes, estas actividades las realizan y desarrollan mayoritariamente en el hospital y en atención primaria.

En sus reflexiones, algunos señalan que hay enfermeras que desde la infancia deseaban ser enfermeras y, otros que piensan que su deseo era el de ser médicos y que se esfuerzan por aprender a querer a la enfermería, a pesar, de seguir añorando ser médicos. A la vez, refieren que las enfermeras inician su ejercicio profesional con muchas ganas y al ir aumentando su experiencia y conocimientos del cuidado se sienten satisfechos de ser

enfermeras. Al mismo tiempo, hay enfermeras que no están satisfechas con su profesión y, solamente, les gusta realizar técnicas y procedimientos sin priorizar el cuidado. Luego, al igual que ocurrió en el Capítulo cuatro, también aquí, en los textos, podemos decir que aparece la enfermera dirigida al cuidado y la enfermera centrada solamente en los aspectos técnicos de la profesión.

También, podemos decir, que los participantes, que han realizado los cuatro Tipos de dibujo propuestos en esta tesis, a la pregunta "¿Quién es la enfermera?", han respondido que es un profesional que da cuidados y esperan de ella que tenga una actitud favorable hacia el cuidado, implicándose con las personas cuidadas. Con disposición/vocación, ya que, desde la infancia, en algunos casos, deseaban ser enfermeras y se sienten orgullosas de serlo. El género con el que la representan, mayoritariamente, tanto en los dibujos como en los textos, ha sido la figura femenina. También, dicen de ellas, que ayudan y ejecutan las órdenes del médico y colaboran con él.

Las respuestas que hemos obtenido a la pregunta qué hace la enfermera, han sido que las enfermeras dan cuidados biopsicosociales a los pacientes que atienden, les ayudan en la resolución de los problemas derivados por la pérdida de salud a ellos y a su familia y que les cuidan durante todo el proceso de la enfermedad, buscando la máxima recuperación de la salud que sea posible. Para conseguirlo, llevan a cabo una serie de actividades encaminadas a resolver los problemas de salud de los pacientes que cuidan, por ser una de sus funciones principales el cuidar, sobre todo, durante el proceso de enfermedad. Para que las personas sean autónomas las enfermeras las enseñan a cuidar su salud a través de acciones dirigidas a fomentar el autocuidado, promover la salud y prevenir la enfermedad. Por otra parte, expresan que las enfermeras, siempre que pueden, permanecen en la misma unidad asistencial, aunque, a veces, las cambian frecuentemente de unidad de trabajando. En relación con los cambios, manifiestan que el cambio de unidad, por una parte, las permite adaptarse a distintos contextos y a distintas situaciones de cuidados aunque, por otra, no las permite conocer a los pacientes que cuidan ni a los miembros del equipo. Por tanto, esta situación conlleva un desgaste profesional importante.

En cuanto, a la pregunta "¿Cómo lo hace?", nos han dicho que las enfermeras utilizan sus conocimientos para administrar los cuidados e investigan sobre los fenómenos que observan al cuidar. Utilizan la metodología enfermera y se ayudan de técnicas y procedimientos para cuidar a las personas que han perdido su salud. A su vez, a menudo, valoran, el estado de los pacientes que cuidan. Son unas profesionales que apoyan al paciente

y familia y, desean cumplir con su deber. Para ello se esfuerzan por conseguirlo, debido a que, la enfermería es una profesión que conlleva sacrificarse por los demás.

En relación a las metas que las enfermeras pretenden alcanzar con el cuidado, han manifestado que son la de mantener, mejorar y prevenir la salud de las personas que cuidan y la de la población en general, además, de llevar a cabo acciones de promoción de la salud en la población que atienden. Respecto a las circunstancias del cuidado, han expresado que las enfermeras realizan sus estudios en escuelas de enfermería y trabajan en distintos lugares, siendo el que tiene mayor número de enfermeras el área de hospitalización. Es decir, las enfermeras estudian en Escuelas de Enfermería y ejercen su actividad cuidadora, mayoritariamente, en el hospital y, también, una parte importante, en atención primaria.

Para finalizar, debemos decir, que hemos encontrado cambios en los estudiantes relacionados con la percepción que tenían de la enfermera en el inicio de la Diplomatura. Hemos visto como al llegar a tercero esas primeras concepciones se han modificado bien influenciadas por la cultura organizacional o bien debido a la socialización en el aula. En este sentido, algunas concepciones que estaban relacionadas con los símbolos instrumentales son las que han disminuido, lo cual era lo esperado. Otras, favorables al cuidado, han ido aumentando siendo también algo esperado. A su vez, todos los agentes de salud que han participado en el estudio nos han mostrado en sus dibujos rasgos identitarios concretos y a través de ellos hemos obtenido una tipología de dibujos de la enfermera, mediante la cual, en alguna medida, esperamos dar continuidad a esta línea de investigación, por entender que los dibujos homologan y sancionan las representaciones sociales de la identidad enfermera, que la propia enfermera comparte con la cultura en la que cobra sentido. Es en esta cultura en la que se ubica y desarrolla la configuración de la identidad enfermera, la cual además favorece el desarrollo de problemas psicológicos, cansancio e insatisfacción laboral. Problemas que como hemos visto tienen una incidencia importante en el colectivo enfermero.

BIBLIOGRAFÍA

- Abad, F.J., Olea, J., Ponsoda, v. y García, C. (en prensa). *Medición en Ciencias Sociales y de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Abric, J.C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.
- Abric, J. C. (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones Sociales*. Ediciones Coyoacán: México.
- Alarcón, J., Vaz, F.J., Guisado, J.A., Benavente, M.J., López, J. y Morgado, M. (2004). Relación entre el síndrome de *burnout*, psicopatología y ambiente en el trabajo de enfermeras de Hospital General. *Archivos de Psiquiatría*, 67(2) ,129-138.
- Albaladejo, R., Villanueva, P., Ortega P. y Astasio, P. (2004). Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516. Recurso electrónico disponible en:
www.scielo.isciii.es
[Fecha última consulta 5/07/2012]
- Albar, M.J. y García, M. (2005). Social support y emotional exhaustion among hospital nursing staff. *European Journal Psychiatric*, 19(2), 96-106.
- Alberdi, R.M. (1987a). La enfermería y la palabra. En *I Jornadas Nacionales de Enfermería*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Alberdi, R.M. (1987b). La influencia de género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, 2 (11), 20-26.
- Alberdi, R. (2006). Los estudios Universitarios de Enfermería y sus implicaciones en la investigación en cuidados. *Enfermería Clínica*, 16(6), 332-335.
- Alberdi, R. (2000). La formación superior como instrumento para el desarrollo de la Enfermería. *Rol de Enfermería*, 23(2): 99-103.
- Alberdi, R. (1998-1999). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, (11): 20-26.
- Aleman, M.J. y Velasco, J. (2008). Género, imagen y representación del cuerpo. *Index de Enfermería*, 17(1), 39-43.
- Álvarez, F. (2002). Perfeccionamiento docente e identidad profesional. *Profesión Docente: Docencia*, 24, 69-76. Universidad Alberto Hurtado.
- Álvarez Sierra, J. (1947). *El Doctor D. Federico Rubio. Vida y obra de un cirujano genial*. Madrid: Editora Nacional.

- Amorós, C. (1997). *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra.
- Antaki, C. y Widdicombe, S. (1998). *Identities in talk*. London: Sage.
- Apker, J., Propp, K.M. y Zabava, W.S. (2005). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189.
- Apker, J., Zabava, W.S. y Fox D.H. (2003). Predicting Nurses Organizational and Professional Identification: The Effort of Nursing Roles, Professional Autonomy, and Supportive Communication. *Nursing Economics*, 21 (5), 226-232.
- Apker, J., Propp, K.M., Zabava F, Wendy S. (2005). Negotiating Status and Identity Tensions in Healthcare Team Interactions: An Exploration of Nurse Role Dialectics. *Journal of Applied Communication Research*, 33, (23), 93-115.
- Appadurai, A. (1996/2001). *La modernidad desbordada*. Montevideo, Uruguay: Fondo de Cultura Económica.
- Aranda, K. (2006). Postmodern feminist perspectives and Nursing research: a passionately interested form of inquiry. *Nursing Inquiry*, 13 (2), 135-143.
- Araya, S. (2001). *La equidad de género desde la representación social de las formadoras y los formadores del profesorado de segunda enseñanza*. San Pedro, Costa Rica, Universidad de Costa Rica. Tesis para optar al grado de Doctor en Educación
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). San José, Costa Rica: Edit. FLACSO.
- Arslanian-Engoren, C. (2002). Feminist poststructuralism: a methodological paradigm for examining clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (6), 512-517.
- Balbi, J. (2004). *La mente narrativa. Hacia una concepción posracionalista de la identidad personal*. Buenos Aires. Editorial Paidós SAICF.
- Bajtín, M. (1989). Las formas del tiempo y del cronotopo en la novela. Ensayos sobre Poética Histórica. En M. Bajtin, *Teoría y Estética de la Novela*. Madrid: Taurus.
- Bajtín, M. (2000). *Yo también soy. (Fragmentos sobre el otro)*. Mexico: Taurus.
- Banchs, M. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista costarricense de psicología* (89). 27-40.

- Banchs, M. (2000). «Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales». *Papers on social representation*, Vol. 9, 5-15. Recurso electrónico disponible en: <http://www.psr.jku.at/>.
[Fecha de la última consulta 2/10/2012].
- Banch, M.A. (2000) Representaciones sociales en Venezuela: la apuesta al cambio. En: *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*. Jodelet, D y Guerrero, A. (Coord.) UNAM, Facultad de Psicología, México.
- Barbier, J.M. (1996). *“De l’usage de la notion d’identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation”*. Paris. *Formation et dynamiques identitaires*, Education Permanente, 128, (3), 11-26.
- Barth, Fredrik (1976). *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of culture Difference*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barth, F. (1969/1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bartlett, F. C. (1995). *Recordar estudio de psicología experimental y social*. Madrid: Alianza.
- Bauman, Z. (1990). Modernity and ambivalence. En M. Featherstone (Ed.), *Global culture: Nationalism, globalization and modernity* (pp. 143-170). London: Sage.
- Bauman, Z. (1992). Soil, blood and identity. En *Sociological Review*, 40, pp. 675-701.
- Bauman, Z. (1997). *Modernidad y Holocausto*. Toledo: Sequitur.
- Bauman, Z. (1999) *Modernidad líquida*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Ben Natan, M. (2009). Effects of nursing education on the image of nursing as a profession in Israel. Hillel Yaffe Medical Center, Israel. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 6, (1), 1-38.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1968/2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrurtu Editores.
- Bernaldo, M. y Labrador-Encinas, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y *burnout* en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.
- Blanca, J.J., Luque, M. y Aranda, D.J. Imágenes de la enfermería: estudio cualitativo de 2500 imágenes de la National Library of Medicine. *Inquietudes XIV* (38). Recurso electrónico disponible en: <http://www.index-f.com/inquietudes/38/r380411.php>
[Fecha de consulta (2/09/2012)].

- Blanco, F. (1993). *J. V. Viqueira y la Psicología española de principios de siglo*. Tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología de la U.A.M.
- Blanco, F. (2001). Objetos en acción. En R. Rosas (Comp.), *La mente reconsiderada. Un homenaje a Ángel Rivière*. (pp.229-248). Santiago de Chile: Psyché.
- Blanco, F. (2002). *El cultivo de la mente: un ensayo histórico-crítico sobre la cultura psicológica*. Madrid: Machado Libros.
- Blanco, F. (2006). *La vida a ti debida: fundamentos antropológicos para una ética del cuidado*. Conferencia de clausura del Curso 2005/2006. Escuela de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.
- Blanco, F. y Castro, J. (2000). La descripción de la actividad epistémica de los psicólogos en los manuales de Historia de la Psicología: índices de malestar en la construcción de la identidad profesional de los psicólogos. *Revista de Historia de la Psicología*, 20(3-4), 59-72.
- Blanco, F. y Castro, J. (2001). Las categorías psicológicas en el debate sobre la identidad española tras la crisis del 98. *II Jornadas de Hispanismo Filosófico*, Santander, Febrero de 2001.
- Blanco, F., Rosa, A. y Travieso, D. (2003). *Arte, mediación y cultura*. Comunicación presentada en el II Symposium Internacional de Psicología y Estética.
- Blanco, F. y Sánchez-Viedma, R. (1998). *Un análisis dramático de la acción en Taxi Driver*. Comunicación presentada en el II Workshop de Investigadores Audiovisuales: "Nuestra Cultura Audiovisual".
- Blanco, F., Vázquez, A., Sellán, M.C., Díaz, M.L., Santamaría, J.M. y Arribas, A. (2010). El Manejo del dolor en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y el debate sobre los límites humanos: Consideraciones Prácticas y Filosóficas. *IV Congreso Internacional de Farmacología y Terapéutica y IX Congreso Nacional de la Sociedad Cubana de Farmacología*. La Habana (Cuba) del 13 al 16 de diciembre de 2010.
- Boada, J., Diego, R. y De Llanos, E. (2009). El clima de equipo como antecedente del burnout y de las manifestaciones psicosomáticas. *Revista Ansiedad y Estrés*, 15, (2) 3, 279-289
- Boesch, E. E. (1991). *Symbolic action theory and cultural psychology*. Berlin: Springer-Verlag.
- Brescó, I. (2010). *Dando forma al pasado. Una investigación sobre el posicionamiento identitario de los sujetos en la interpretación y (re)construcción narrativa de eventos históricos*. Tesis no publicada presentada en el Departamento de Psicología Básica de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Brennan, T. (1996). *Esencia contra identidad*. Valencia: Episteme.

- Bruner, J. (1986/1996). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990/2002). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bucher, R. y Selling, J. (1977). Becoming profesional. *Sage Library of social Research*, vol. 46, Sage Publications: Bervely Hills.
- Bucholtz, M. (1995). From mulatta to mestiza: Passing and the linguistic reshaping of ethnic identity. En K. D. Hall y M. Bucholtz (Eds.), *Gender Articulated: Language and the Socially Constructed Self* (pp. 351–373). New York: Routledge.
- Bucholtz, M. y Hall, K. (2005). Identity and interaction: A sociocultural linguistic approach. *Discourse Studies*, 7(4-5), 585-614.
- Burke, K. (1945/1969). *A grammar of motives*. Berkeley: University of California Press.
- Camilleri, C. Kastarsztein, J. Lipiansky, E.M. Malewska-Peyre, H. Taboada-Leonetti, I. & Vasquez, A. (1990). *Stratégies identitaires*. Paris: PUF.
- Canals, J. (1998). Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos. *Rev Trabj Social*, 29, 191-199.
- Cánovas, M.A. (2004). Cultura de trabajo y género: un estudio antropológico de la enfermería en Murcia. En *Actas de las XXV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (A.E.E.D.)*. Madrid: A.E.E.D, 221-231.
- Capón, A., Rodríguez, B., Sobrado, Z., Tizón, E. y Vázquez, M. (2004). Estudio de estrés laboral en enfermeras de atención hospitalaria. *Enfermería Científica*, 268-269 (julio-agosto), 20-25.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carasa, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid y Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca.
- Carmona, F. J., Sanz, L. y Marín, D. (2000). Síndrome de *burnout* y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados críticos. Recurso electrónico disponible en:
<http://www.spci.org/cic2000/abstracts/028/Burnout.htm>.
 [Fecha última consulta 4/02/ 2012].
- Carretero (eds.), *Learning and Reasoning in History*. London: Woburn Press.

- Caruana, A. (1989). *Evaluación del estrés en profesionales de la salud*. Tesis doctoral publicada. Alicante: Universidad de Alicante.
- Castel, R., Rendueles, G., Donzelot, J., Álvarez-Uría, F. (2006). *Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault*. Madrid: Círculo de Bellas Artes.
- Castells, M. (2003). *El poder de la identidad*. Madrid: Alianza editorial.
- Castorina, J.A. (2001). *La construcción del conocimiento social. Una perspectiva epistemológica*. En: Castorina (compl.). *Desarrollos y Problemas en Psicología Genética*. Buenos Aires. EUDEBA.
- Castorina, J.A. y (cols), (2007). *Cultura y conocimiento sociales: Desafíos a la psicología del desarrollo*. Buenos Aires. Aique Educación.
- Castorina, J.A. (2004). Las creencias del sentido común de alumnos y profesores. Universidad de los Andes. *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales*, 9 (6), 169-188.
- Castorina, J.A. (2006). Las Representaciones Sociales y su Horizonte Ideológico: una relación problemática. Universidad de Buenos Aires. *Boletín de psicología*, 86 (3), 7-25.
- Castro, J. (2004). La construcción psico-sociológica de la identidad española en torno a la crisis del 98. *Doctoral Dissertation*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Castro, J. y Blanco, F. (1998). El diseño de una identidad argentina y latinoamericana en la obra psico-sociológica de José Ingenieros. *Encuentro Internacional "Identidad y Subjetividad"*. Ciudad de la Habana (Cuba), Abril.
- Castro, J. y Blanco, F. (2006). La trama regeneracionista: sobre el valor civilizatorio de la historia y otros cuentos. En M. Carretero, A. Rosa y F. González (Eds.), *Enseñanza de la Historia y Memoria Colectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro, J., Jiménez, B., Morgade, M. y Blanco, F. (2001). La función de los mitos fundacionales en la promoción de una identidad disciplinar para la psicología. *XIV Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología*. Santander, Abril de 2001.
- Celma, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras*. Tesis doctoral inédita. Granada: Universidad de Granada.
- Chacón, M., Grau, J., Massip, C., Ochoa, I., Grau, R. y Abadal, Y. (2006). El control del síndrome de desgaste profesional o burnout en enfermería oncológica: una experiencia de intervención. *Terapia Psicológica*, 24(1), 39-53.

- Cisneros, C. A. (2004-2009). QDA Miner Softwuar para el Análisis Cualitativo de Datos. *Guía del usuario de Provalis Research*, versión española. UAM Iztapalapa, México. Recurso electrónico disponible en:
www.provalisresearch.com/services/updates.html.
[Fecha de la última consulta 4/11/2012]
- Cohen, H.A. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A.
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: Editorial La Muralla, S.A.
- Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la Adolescencia*. Madrid: Morata.
- Collière, M.F. (1981). Cuidados de enfermería. Reflexiones sobre el servicio de enfermería: contribución a la identidad del servicio prestado. *Rol de Enfermería*, 35-36: 7-15.
- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Collière, M.F. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rol de Enfermería*, 22(1): 27-31.
- Cleaves, P.S. (1985). *Las profesiones y el Estado: El caso de México*. México: El Colegio de México.
- Corwin, R.G., Taves, M. y Haas, J. (1961). Professional disillusionment. *Nursing Research*, 10, 141-144.
- Cuevas, P., O'Ferrall, F.C. y Crespo, J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la Salud Mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*, 194-195, 31-33.
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Ultima décad.* 12 (21), 83-104. Recurso electrónico disponible en línea:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22362004000200004&script=sci_arttext
[Fecha última consulta 28/08/2012].
- De Fina, A., Schiffrin, D. y Bamberg, M. (Eds.) (2006). *Discourse and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Derrida, J. (1998). *De la gramatología*. Siglo XXI, México.
- Díaz, M.L. (2010). *Aproximación desde la antropología a la organización del trabajo de enfermería en una unidad de hospitalización*. Diploma de Estudios Avanzados inédito. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

- Díaz, M.L., Hernando, M.F., Blanco, F., Santamaría, J.M. y Arribas, A. (2011). *Desencuentros entre la configuración de la práctica profesional y la construcción identitaria enfermera*. XI Conferencia Iberoamericana- Europea de investigación en enfermería. Coímbra, 18-24 septiembre.
- Di Giacomo, J. (1987) Teoría y método de las representaciones sociales. En Páez, D. *Pensamiento, Individuo y Sociedad: cognición y representación social*. Madrid, España: Fundamentos.
- Di Giacomo, J. (1981) "Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales" En: S. Ayestaran (Comp) *Ideología y representación social de la enfermedad mental*, III Curso de Verano de la Universidad del País Vasco, Bilbao, España. 397-492.
- Directiva 2005/36/CE de Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (Texto pertinente a efectos del EEE) señala las materias que deben cursar los futuros profesionales, que coinciden con las especificadas en la Directiva del Consejo (77/453/CEE) de 27 de junio de 1977. Recurso electrónico disponible en:
<http://memoriacgae.com/2009/data/CGAE2009.pdf>
[Fecha de la última consulta 4/09/2012].
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Doise, W. (1990). Les representations sociales. En Ghiglione, et al., *Traité de psychologie cognitive, 3: cognition, représentation, communication*. París, Dunod.
- Doise, W. (1991). Las representaciones sociales: presentación de un campo de investigación. En El Conflicto estructurante Barcelona: *Anthropos, suplementos* 27, 196-206.
- Doise, W. (1993). Debating social representations. En G.M. Brakwell y D.V. Oxfor: Oxfor Universitu Press. Canter (eds): *Empirican approaches to social representations*, 157-170.
- Doise, W et Palmonari, A. (1986). *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.
- Doise W., Clémence, A. et Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*, Grenoble: PUG.
- Doise, W., Spini D. & Clémence A. (1999). Human rights studies as social representations in cross-national context, *European Journal of Social Psychology*, 29, 1-29.
- Dombeck, M.T. (2003). Work Narratives: Gender and Race in Professional Personhood. *Research in Nursing & Health*, 26, 351-365.
- Domínguez, C. (1985). Imagen de la enfermera en la sociedad. *Rol de Enfermería*, 83: 66-72.

- Domínguez, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Domínguez, C. (1990). Feminización de las profesiones sanitarias. *Rev Jano*, XXXVIII, 909, 69-74.
- Domínguez, C. (1990). La percepción del cuidado. *Rol de Enfermería*, 127: 25-27.
- Domínguez Alcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Domínguez, C., Rodríguez, JA. y Miguel, J. (1983). *Sociología y enfermería*. Madrid: Pirámide.
- Domínguez, C., Rodríguez, J.A., De Miguel, J.M. (1983). *Sociología y Enfermería*. Madrid: Pirámide.
- Donahue, M.P. (1988/1993). *Historia de la Enfermería*. (2ª Ed.). Barcelona: Doyma.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation: construction de identités sociales et professionnelles*. París: Armand Colin.
- Dubet, F. (2006). *El declive de la institución: profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Durkheim, E. (1898/2000). Représentations individuelles et représentations collectives, *Revue de métaphysique et de morale*, VI, 273-302.
- Durkheim, E. (1895/2000), *Las reglas del método sociológico*, México, Quinto Sol.
- Durkheim, E. (1893/2001). *La división del trabajo social*. (4ª Ed.). Tres Cantos: Akal.
- Du Toit, D. (1995). A sociological analysis of the extended and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 164-171.
- Dzurec, L. (1995). Poststructuralist science: an historical account of profound visibility. En: Omery, A., Kasper, C.E. y Page, G.G (Ed). *Search of Nursing Science* (pp. 233-244). Newbury Park: Sage Publication.
- Dzurec, L. (2003). Poststructuralist Musings on the mind/Body Question in Health Care. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 63-79.
- Elejabarrieta, F. (1991). Las representaciones sociales. En Echevarria, A. *Psicología social socio cognitiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A., 223-248.
- Elías, N. (1983/2002). *Compromiso y distanciamiento*. Barcelona: Ediciones Península.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and Society*. W. W. Northon and Co., Inc., Nueva York.
- Erikson, E. H. (1965). *Childhood and society*. Harmondsworth: Penguin in association with the Hogarth Press.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W.W. Norton y Company, cop.

- Escribá, V., Mas, R.; Cárdenas, E., Burguete, D. y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. *Revista Rol de Enfermería*, 23(7-8), 506-511
- Ewens, A. (2003). Changes in nursing identities: supporting a successful transition. *Journal of Nursing Management*, 11, 224-228.
- Fagerberg, I. (2003). Registered Nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. Nursing and health care management and policy. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 284-291.
- Fagerberg, I. y Kihlgren, M. (2000). Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (1), 137-145.
- Faller, M.S., Gates, M.G., Georges, J.M. y Connelly, C.D. (2011). Work-Related Burnout, Job Satisfaction, Intent to Leave, and Nurse-Assessed Quality of Care Among Travel Nurses. *The journal of nursing administration*. Jona, 41 (2), 71-77.
- Farr, R. (1984/1986). Las representaciones sociales. En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona- Buenos Aires-México: Paidós.
- Farrerons, L. y Calvo, F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de *burnout* en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Revista Ansiedad y Estrés*, 14 (1), 101-113
- Fernández, I., Fernández, M.C., Rabadán, R., Navalón, C. y Martínez, M.D. (2012). ¿Existe el síndrome de *burnout* en los profesionales de la salud de las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia? *Enfermería Nefrológica*, 15 (1), 7-13.
- Fernández, A., Rosa, A. y Ondé, D. (2000). Creando historias de la psicología. Algunos efectos de la enseñanza de la asignatura. *Revista de Historia de la Psicología*, 21(2-3), 25-34. !
- Ferrando, P .J. y Anguiano, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del psicólogo*, 31, 18-33.
- Fisher, W. (1987). *Human communication as narration: toward a philosophy of reason, value, and action*. South Carolina: University of South Carolina Press.
- Flament, C. y Rouquette, M.L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales*. Paris: Armand Colin.
- Fornés, J., Martínez-Abascal, M.A. y García de la Banda, G. (2008). Análisis factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 267-283.
- Fox, N.J. (1993). *Postmodernism, Sociology and Health*, Buckingham: Open University Press.

- Fox, N.J. (2000). Is there life after Foucault? En Petersen, A., Bunton, R. Foucault. *Health and Medicine* (pp. 31-50). London: Routledge.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. New York: Harper and Row.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*. University of Chicago Press.
- Fuente, L. de la, Fuente, E.I. de la y Trujillo, H. (1997). Burnout y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. *Clínica y Salud*, 8(3), 481-494.
- García, C. y Martínez, M.L. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero*. Madrid: Harcourt.
- García, I. y Buendía, A. (2001). Identidad e identificación de la enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 24 (7-8), 539-545.
- García, M. (1995). Evaluación del *burnout*: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.
- García, M., Sáez, MC. y Llor, B. (2000). *Burnout*, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-228.
- García-Selgas, FJ. (1996). La teoría social en la posmodernidad: ciencia y feminismo. En Pérez A, Sánchez I. *Complejidad y Teoría Social*, 161-184. Madrid: CIS: 97-127.
- Gavey, N. (1997). Feminist poststructuralism and discourse analysis. En Gergen, M.M., y Davis, S.N. (Eds) *Towards a New Psychology of Gender*, 49-64 New York: Routledge.
- Genil, I. (2007). Percepción de la propia imagen corporal en personas con cojera. *Index de Enfermería*, 56, 12-16.
- Gentil, R.C. (2008). Nurses are not personal marketing: do histoty explain wky?. Universidad de São Paulo. *Rev Bras Enferm*, 62 (6), 916-928.
- Gergen, K. J. (1992). *El yo saturado dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K.J. y Gergen, M.M. (1984). The social construction of narrative accounts. En K.J. Gergen y M.M. Gergen (eds.) *Historical Social Psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Berkeley, L.A.: University of California Press.
- Giddens, A. (1987). "Erving Goffman as a systematic social theorist", incluido en *Social Theory and Modern Sociology*, Stanford University Press, pp. 109-139.

- Giddens, A. (1991/1995). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Monográfico, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2):101-102.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1998). A study on significant sources of the "burnout syndrome" in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 1, 116-123.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse en el trabajo (*burnout*) según el M.B.I. - HSS en España. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 2, 135-149.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el Síndrome de Burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6(2), 43-63.
- Gil-Monte, P.R. y Schaufeli, W.B. (1991). Burnout en enfermería: Un estudio comparativo España- Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(19), 121-130.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual essays on face-to-face behaviour*. Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, E. (1971/1989). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1981). *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Goffman, E. (1984). *Frame Analysis. An essay on the organization of experience*. Hanover y London: University Press of New England.
- Gómez, C., Puga, A., Mayán, J.M., Gandoy, M. (2012). Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *GEROKOMOS*, 23 (2), 59-62.
- González, C. (2006). *Las Cuidadoras. Historia de las practicantas, matronas y enfermeras (1857-1936)*. Almería: Institutos de Estudios Almerienses.
- González, F., Navarro, A. y Sánchez M.A. (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona: Ars XXI.

- González-Romá, V., Ripol, P., Caballer, A., Ferreres, A., Gil, P. y Peiró, J. M. (1998). Comparación de modelos causales sobre la experiencia de *burnout*. Un estudio multimuestra. *Ansiedad y Estrés*, 1, 81-95.
- Grad, H. y Martín Rojo, L. (2008). Identities in discourse: An integrative view. En R. Dolón y J. Guba, E., Lincoln, Y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman, C., Haro, J. (Ed). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Colegio de Sonora: Sonora.
- Gutiérrez, J.L., Moreno, B., Garrosa, E. y López, A. (2005). Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 477-492.
- Halford, S. y Leonard, P. (2002). Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2), 201-208.
- Hall, S. (1992a). The West and the Rest: Discourse and Power. En S. Hall y B. Gieben (Eds.), *Formations of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Hall, S. (1992b). Our mongrel selves. *New Stateman and Society*, junio (19), 6-8.
- Hall, S. (1996). Introduction: Who needs identity? En S. Hall y P. du Gay (Eds.). *Questions of cultural identity* (pp. 1-17). London: Sage.
- Harding, S. (1996a). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Harding, S. (1996b). Gendered ways of knowing and the epistemological crisis of the West. En: Goldberger, N., Tarule, J., Clinchy, B., Belenky, M. (Ed). *Knowledge, difference, and power: Essays inspired by Women's ways of knowing* (pp. 431-454) New York: Basic books.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Heierle, C. (2009). La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: a prensa escrita. *Revista Index de enfermería*, 18 (2), 95-98.
- Henderson, V. (1971). Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Ginebra: CIE.
- Henderson, V. y Nite, G.A. (1988). *Enfermería teoría y práctica*. (6ª ed.). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Hernández, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Hernández Conesa, J. (2001). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.

- Hernández, G., Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Hernando, M.F., Díaz, M.L. y Blanco, F. (2011). Aproximaciones a la construcción de la identidad y representación social de la enfermera a través de dibujos. *I Encuentro de la Sección Ibérica de la ISCAR*. Miraflores de la Sierra del 3 al 5 de febrero de 2011.
- Hernando, M.F., Díaz, M.L., García, M., Blanco, F. y Santamaría, J.M. (2011). Estudio sobre la identidad e imagen de la enfermera a través de dibujos. *Referencia. Revista de Enfermagem*. Suplemento especial. XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Vol. I. p. 471.
- Hernando, M.F., Sellán, Mc. y Blanco, F. (2012). *Atributos, instrumentos y metas en el ejercicio del cuidado*. III Congreso de investigación en enfermería ibero americano de países de lengua oficial portuguesa. Coímbra, 13-15 junio.
- Herrera, F. (2005). De la época isabelina a la Transición Democrática: una revisión de la Enfermería Española. *Temperamentum*. Disponible en <http://www.indexf.com/temperamentum/1revista/a0104.php> [Consultado el 20 de febrero de 2006].
- Heslop, L. (1997). The (im) possibilities of poststructuralist and critical social nursing inquiry. *Nursing Inquiry*, 4, 48-56.
- Heslop, L. (1998). A discursive exploration of nursing work in the hospital emergency setting. *Nursing Inquiry*, 5, 87-95.
- Holland, D. y Lachicotte, W. J. (2007). Vygotsky, Mead, and the new sociocultural studies of identity. En H. Daniels, M. Cole y J. V. Wertsch (Eds.), *The Cambridge Companion to Vygotsky* (pp. 101-135). New York: Cambridge University Press.
- Hughes, D. (1988). When nurse know best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health & Illness*, 1, 1-22.
- Ibáñez, J. (2000) Perspectivas de la Investigación Social: el diseño en las tres perspectivas. En: García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (eds). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 49-83). Madrid: Alianza Universidad.
- Ibáñez, N., Vilaregut, A. y Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de *burnout* y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14 (3), 142-51.
- Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona, España: Sendai.

- Ibáñez, T. (1994) La construcción del conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. En Montero, M. (coord.). *Conocimiento, realidad e ideología*. Caracas, Venezuela: AVEPSO.
- Jacox, A. (1973). Professional socialization of nurses. *Journal of the New York State Nurses' Association*, 4 (4) 6-15.
- Jahoda, G. (1995). *Encrucijadas entre la cultura y la mente. Continuidades y cambio en las teorías de la naturaleza humana*. Madrid: Visor.
- Jahoda, G. (1998). Critical notes and reflections on social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18 (3), 195-209.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici, *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.
- Jodelet, D. (1988). La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En Moscovici, S., *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*, Paris: PUF.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*, Paris: PUF.
- Kelman, H.C. (1967). Human use of human subjects: The problem of deception in social psychological experiments. *Psychological Bulletin*, 67, 1-11. Recurso electrónico disponible en:
<http://scholar.harvard.edu/hckelman/publications?page=2>
 [Fecha última consulta 4/02/ 2012].
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kramer, M. (1974). *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. C.V. Mosby Co., St. Louis.
- Kimmel, D. C. y Weiner, I. B. (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Kincheloe, J., McLaren, P. (2003). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. En: Denzin NK, Lincoln YS. *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Sigues*, 279-314. Thousand Oaks: Sage publications.
- Kincheloe, J. & McLaren, P. (2000). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds) *Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks*: Sage Publication, Inc.

- Leiter, M.P., Gascón S. y Martínez-Jarreta, B. (2007). Modelo de doble proceso sobre el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (*burnout*): Su relevancia en profesionales de Enfermería de España y Canadá. *Informació psicológica*, 91-92, 95-109.
- León, C.A. (2006). El uniforme y su influencia en la imagen social. Recurso electrónico disponible en línea en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
[Fecha última consulta: 5/05/2012]
- Litten, F. (2009). Presentation of nursing in the Japanese manga: the image of a nurse. *Nurse's Role psychology*, 62 (7), 417-20.
- López, M.J. (2009). *Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Recurso electrónico disponible en línea en:
<http://hdl.handle.net/10201/10059>
[Fecha última consulta: 5/05/2012]
- López-Castillo, J., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J.L., Luna, J.D. y Catalan, J. (1999). Emotional Distress and Occupational Burnout in Health Care Professionals Serving HIV-Infected Patients: A Comparison with Oncology and Internal Medicine Services. *Psychotherapy Psychosomatics*, 68, 348-356.
- Lunardi, W.D. (1997). Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 50 (1), 61-76.
- Lunardi, W.D. (2000). *O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina*. Florianópolis: Editoras Universitarias UFSC/UFPel.
- Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006 Lunardi, V.L. (1999). A Ética Como O Cuidado de Si E O Poder Pastoral Na Enfermagem. *Florianópolis: Edioras Universitárias UFSC/UFPel*.
- Lupton, D. (1992). Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Aust J Public Health*, 16,145-150.
- Lupton, D. (1994) *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage publications.
- Maalouf, A. (1998/2009). *Identidades asesinas*. Madrid: Alianza Editorial.
- MacIntosh, J. (2003). Reworking Professional Nursing Identity. *Western Journal of Nursing Research*, 25 (6), 725-741.
- Mansfield, N. (2000). *Subjectivity. Theories of the Self from Freud to Haraway*. St Leonards, Australia: Allen&Unwin.

- Manzano, G. (1997). *Estrés en personal de enfermería*. Tesis doctoral publicada. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 197-213.
- Marková, I. (1996). "En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales". En Páez y Blanco (Editores): *La Teoría sociocultural y la Psicología Social actual*. Madrid: Cultura y conciencia, 163-182.
- Marková, I. (2000). "Amédée or How To Get Rid of It: Social Representations from adialogical perspective". En: *Culturay Psychology*. Londres: Sage, 6(4), 416-460.
- Marková, I. (2003). "La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici". En *Representaciones Sociales: problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa, 111-152.
- Martínez, J.R. (2004). Salir del armario: la difícil situación de asumir una nueva identidad. De A.T.S. a enfermera. *Revista ROL de Enfermería*, 27 (10), 698-704.
- Martínez, J.R. (2005). Enfermería sencillamente complicado. *Revista ROL de Enfermería*, 28 (4), 255-264.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1993). *Maslach Burnout Inventory*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Mateos, A.I. y Blanco, F. (1996). Life as narrative: the role of narrative in the configuration of personal identity. *2nd Conference for Socio-Cultural Research*. Geneva, September.
- Matesanz, M.A., Hernández, J.M., Beneit, J.V. y Torralba, M.J. (2012). *Historia de la formación enfermera en la Fundación Jiménez Díaz*. Murcia: Diego Martín Librero-Editor.
- Maturana, H. y Varela, F. (2003). *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen.
- Mazzitelli, C.A. y Aparicio, M. (2010). El abordaje del conocimiento cotidiano desde la teoría de las representaciones sociales. Universidad de Cádiz. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 7 (3), 636-652.
<http://www.apac-eureka.org/revista>.
- McCormick, J., Kirkham, S., & Hayes, V. (1998). Abstracting women: Essentialism in women's health research. *Health Care for Women International*, 19(45), 495-504.
- Mead, GH (1909). Social Psychology as Counterpart to Physiological Psychology. *Psychological Bulletin*, 6 (1), 401-411.
- Mead, GH (1913). The Social Self. *Journal of Philosophy*, 10 . 374-380.
- Mead, M. (1934). *Mind Self and Society*. Chicago: Ch. Morris.

- Melia, K.M. (1987). *Learning and Working: The Occupational Socialisation of Nurses*. Londres: Tavistock.
- Mendes, J. (2001). O Desafio das Identidades. In B. S. Santos (Ed.), *Globalização. Fatalidade ou Utopia?* Porto: Edições Afrontamento, 489-523.
- Merton, R.K. (1968). *Social Theory an social Structure*. The Free Press, Nueva York.
- Meyer, D.E. (1996). Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica (From power to gender: a theoretical-analytic articulation). En: Lopes, M.J., Meyers, D.E., Waldon, V.R. *Gênero e Saúde*, 41-51. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meyer, D.E. (1998). A dúvida como postura intelectual: uma abordagem pós-estruturalista de análise dos estudos de gênero na Enfermagem. *Nursing Edição Brasileira*, 1, 1, 27-34.
- Meyer, D.E. (2004). Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. Br. *Brasil Enferm*, 57 (1) ,13-18.
- Meyer, D.E. (2005). Educação, saúde e politização da maternidade. En Hessel, R.M^a. *Cultura, poder e educação: um debate sobre os Estudos Culturais em Educação* (pp.145-164). Canoas: Editora da ULBRA.
- Miró, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. Tesis doctoral inédita. Mallorca: Universidad de las Islas Baleares.
- Montero, M. (2002). Sobre la noción de paradigma. En: Mercado, F., Gastaldo, D., Calderón, C. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana* (pp.233-249). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Mora, M. (2002) La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*. Recurso electrónico disponible en línea:
<http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
[Fecha última consulta: 2/02/2012]
- Moreno, A. y del Barrio, C. (2000). *La experiencia adolescente a la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires: Aique.
- Moreno, B., Garrosa, E y González, J.L. (2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales*, 3(1), 18-28.
- Moreno, B., Garrosa, E., Benavides, A.M. y Gálvez, M. (2003) Estudios transculturales del burnout. Los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombia de Psicología*, 12, 9-18.

- Moreno, B., González, J.L., Garrosa, E. y Peñacoba, C. (2002). Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. *ROL Enfermería*, 25(11), 18-26.
- Moreno, B. y Oliver, C. (1993). El MBI de estrés en profesionales asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. En Forns, M. y Anguera, M. T. (Eds.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: PPU.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1996). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 739-761). Madrid. Biblioteca Nueva.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). El burnout una forma específica de estrés laboral. En Buela, G. y Caballo, v. (Eds.). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, B., Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del M.B.I.-Gs. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 1,69-77.
- Moreno, I. (2000). Intervención en A. Arteta, P. Borja de Riquer y A. Domínguez. Conversaciones sobre nacionalismo y enseñanza de las Ciencias Sociales. *Con-Ciencia Social*, 4(11), 13-47.
- Moscovici, S. (1961/1979). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1981). *La era de las Multitudes. Un tratado histórico de psicología de masas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moscovici, S. (1984a). "The penomenon of social representations". En Farr, R. M. y Moscovici, S., comps. *Social representations*. Cambridge: University Press.
- Moscovici, S. (1984b). El campo de la psicología social. En Moscovici S. *La psicología social I*. Barcelona, España: Paidós.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux representations sociales: elements pour une histoire. En D. Jodelet (ed). *Les Répresentations Sociales*. París. Francia: PUF.
- Moscovici, S. (1991). *La Sicología Social I*. Barcelona, España: Paidós.
- Muldoon, O.T. y Reilly, J. (2002). Career choice in nursing students: gendered constructs as psychological barriers. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (1), 93-100.
- Muñoz, F.J., Moreno-López, J.M., Jiménez, D. y Hernández-Garre, J.M. (2008). La imagen física de las enfermeras y su influencia en la dinámica de las instituciones sanitarias. *Tempus*

- Vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados Volumen 8, (2) Número 1, 5-16.
Recurso electrónico disponible en línea:
<http://www.tempusvitalis.com/secciones/anteriores/2008vol8num1.html>
[Fecha última consulta: 6/10/2012].
- Nauderer, T.M. (2005). Nurse's image. *Review Rev. Bras Enferm*, 58(1), 74-7.
- Nelson, S. y Gordon, S. (2004). The rhetoric of rupture: Nursing as a practice with a history? *Nursing Outlook*, 52(5), 255-261.
- Nicholson, L. (2000). Interpretando o gênero. *Revista Estudos Feministas*, 8 (2), 9-42.
- Nicolson, P. Burr, J. y Powel, J. (2003). Becoming an advanced practitioner in neonatal nursing: a psycho-social study of the relationship between educational preparation and role development. *Children. Journal of Clinic Nursing*, 14 (6), 727-738.
- Nietzsche, F. (1981). *La Genealogía de la Moral*. Madrid: Alianza.
- Nightingale, F. (1860/2002). *Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson.
- Öhlén, J. y Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 720-727.
- Olesen, V. (2000). Feminism and qualitative research at and into the millennium. En Denzin, N.K., Lincoln, Y.S (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (pp.215-256). Thousand Oaks: Sage.
- Orden de 4 de Julio de 1955, por la que se aprueba el programa formativo de los ATS. Orden de 6 de Julio de 1955, por la que se prohíbe la coeducación de alumnos de ambos sexos, en las Escuelas de ATS.
- Olmedo, E. (1997). *Personalidad y afrontamiento. Determinantes del síndrome de estar quemado en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral publicada. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna.
- Olmedo, M., Santed, M.A., Jiménez, R. y Gómez, M. D. (2001). El síndrome de *Burnout*: variables laborales. Personales y psicopatológicas. *Psiquis*, 22(3), 117-129.
- Orden de 27 de marzo de 1963 por el que se reconoce oficialmente la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninas del Instituto de Investigaciones Clínicas de Madrid (BOE. Núm. 110 de 8 de mayo de 1963). Recurso electrónico disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1963/05/08/>
[Fecha de la última consulta 4/09/2012].
- Orden de 23 de octubre de 1972, sobre la admisión de alumnas externas en las Escuelas del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.). Recurso electrónico disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1963/05/08/>
[Fecha de la última consulta 6/06/2012].

- Orden CIN/2134/2008, de 3 de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero (BOE. 19 de julio 2008). Recurso electrónico disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1963/05/08/>
 [Fecha de la última consulta 4/09/2012].
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137- 160.
- Páez, D. y cols. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Palti, E. J. (1998). *Giro lingüístico e historia intelectual*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Paolicchi, P. (2002). Tiempo calculado y tiempo narrado. *Estudios de Psicología*, 23(1), 29-48.
- Parker, J. y Takahashi, A. (2005). Nursing Identity and Difference. *Nursing Inquiry*, 12 (2), 65.
- Parkes, K.R. (1984). Locus of Control, Cognitive Appraisal, and Coping in Stressful Episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 655-668.
- Pedreño, M.A. (2005). Riesgo y afrontamiento del *burnout* de la enfermera de Salud Mental. *Metas de Enfermería*, 8 (9), 14-17.
- Peiró, J.M. (1990). Organizaciones: Nuevas perspectivas psicosociológicas. Barcelona: PPU, 159-160.
- Peiró, J.M. (1999). Cultura y cambio organizacional. *Revista de Psicología*, Nº 4, pp. 69-84.
- Peiró, J. M. (1996). "Psicología social de las organizaciones". En Alvaro, J.L.; Garrido, A. y Torregrosa, Peiró, J.R. (1996). *Psicología Social Aplicada* (capítulo 6). Madrid: McGraw Hill.
- Peiró, J.M y RAMOS J. (1994). Intervención psicosocial en la organizaciones. P.P.U.
- Penuel, W. R. y Wertsch, J. V. (1995). Vygotsky and identity formation: A sociocultural approach. *Educational Psychologist*, 30(2), 83-92.
- Pimentel, M.H., Pereira, F.A. y Preira da Mata, M.A. (2011). "La construcción de la identidad social y profesional de una profesión femenina: enfermería". *Revista de ciencias sociales*, 1-23. Recurso electrónico disponible en línea:
<http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numeros/7/secciones/abierta/pdf/06-identidad-social-profesion-femenina-enfermera.pdf>
 [Fecha de la última consulta: 02/09/2012]

- Pizarroso, N. y Blanco, F. (1998). Historia, Ideología e Identidad, ideología e historia: un caso de comunalidad discursiva. *Comunicación y Cultura*, 5-6, 11-20.
- Prandi, R. y Ferri, P. (2007). Enfermeros: ¿Quiénes somos? Un estudio transversal de la imagen social del enfermero en la ciudad de Módena (Italia). *Ágora de enfermería*, 3, 1156-1159. Recurso electrónico disponible en:
www.agoradenfermeria.eu/?view=qui_som&lang=CAST
[Fecha última consulta: 08/04/2012]
- Purnell, L. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: Descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. Cultura de los Cuidados. *Revista de Enfermería y Humanidades*, 6, 91-102.
- Purnell, L. Paulanka B. (2005) Diversity and Health care. In: *Guide to culturally competent health care*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1-5.
- Radcliffe-Brown, A.R. (1972). *Estructura y función en la sociedad primitiva*. Madrid: Península.
- Ramió, A. (2006). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional en Catalunya*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ramió, A. y Domínguez, C. (2003). Valores y redefinición de espacios profesionales. Reflexiones en el caso de la enfermería. *Rol de Enfermería*, 26(6): 482-486.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-Klinik.
- Randle, J. (2002). Bullying in the profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 395-401.
- Rampton, B. (1995) *Crossing: Language and Ethnicity among Adolescents*. London: Longman.
- Rasskin, I. (2012). *Identidad y Alteridad en la Escuela Multicultural: una etnografía crítica*. Tesis doctoral inédita. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rasskin, I. y Blanco, F. (2002). Consciousness beyond the psychological realm: the case of Singer's The magician of Lublin. *European Society of the History of the Human Sciences*. 1st Annual Meeting, Barcelona, Spain, 27-31 August.
- Real Decreto 2667/1979, de 21 de septiembre (publicado en el BOE el 23 de noviembre de 1979) se aprueba su conversión de Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuela Universitaria de Diplomados en Enfermería, adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid. Su Plan de Estudios se publica en el BOE el 19 de octubre de 1978, según (OM. 7 de septiembre 1978, Mº. de Educación y Ciencia). Recurso electrónico disponible en:
<http://memoriacgae.com/2009/data/CGAE2009.pdf>
[Fecha de la última consulta 4/09/2012].

- Reid, T. (1998) *La filosofía del sentido común. Breve antología de textos de Thomas Reid*. Traducción de José Hernández Prado. Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, México.
- Reig, A. y Caruana, A. (1989). Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento como predictores de insatisfacción laboral y del estado de salud en personal de enfermería de hospital. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 5(14),147-162.
- Reig, A., Caruana, A. y Peralba, J.I. (1989). Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de enfermería español y norteamericano. *Enfermería Científica*, 91, 4-14.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. (22ª ed.) Madrid: Espasa Calpe.
- Resolución de 2 de junio de 1999, de la Universidad Autónoma de Madrid, por la que se acuerda la publicación de la adaptación del plan de estudios de Diplomado en Enfermería, homologado por la Comisión Académica del Consejo de Universidades de fecha 28 de septiembre de 1992 (B.O.E. de 7 y 10 de abril de 1993). Recurso electrónico disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1963/05/08/>
 [Fecha de la última consulta 4/09/2012].
- Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. Publicado (BOE de 27 de febrero de 2008). Recurso electrónico disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1963/05/08/>
 [Fecha de la última consulta 4/09/2012].
- Ricoeur, P. (1984). *Time and Narrative*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ríos, M.I., Martínez, F., Tebar, E.S., Lozano, E. y Mateo, G. (2012). Quiero cambiar de servicio ¿estoy quemado? *Revista ROL Enfermería*, 35 (5), 376-381.
- Rios- Riquez, I. y Godoy-Fernández, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica*. 18 (3), 134-41.
- Riviére, A. (1991). *Objetos con mente*. Madrid: Alianza.

- Rodríguez, O. (1997). ¿Por qué las representaciones sociales?. Un acercamiento de la teoría al análisis del EZLN. En Uribe, F. *Los referentes ocultos de la psicología política*. México: Casa Abierta al Tiempo, Universidad Autónoma de México, Unidad Iztapalapa.
- Rodríguez, T. (2003). El Debate de las Representaciones Sociales en la Psicología Social. Universidad de Guadalajara. *Relaciones*, 93 (24), 53-80.
- Rodríguez, T. (2009). Sobre el potencial teórico de las representaciones sociales en el campo de la comunicación. Universidad de Guadalajara. *Nueva época*, 11 (1), 11-36.
- Rosa, A. (2006). Recordar, describir y explicar el pasado ¿qué, cómo y para el futuro de quién? En Carretero, M.; Rosa, A.; González, M.F. (Comps.), *Enseñanza de la historia y memoria colectiva*. Paidós, Buenos Aires.
- Rosa, A. y Blanco, F. (2008), Actuations of identification in the games of identity. In http://www.euophd.eu/html/_onda02/07/PDF/12th_lab_scientificmaterial/rosa/actuations_of_identification.pdf
[Fecha última consulta: 10/09/2012].
- Rosa, A., Blanco, F., y Huertas, J.A. (1991). ¿Para qué hacemos Historia de la Psicología? *Revista de Historia de la Psicología*, 12,405-412.
- Rosa, A., Blanco, F., Díaz, F. & De Castro, R. (1998). Europe as a discursive resource for Spanish national identity. In U. Hedetoft (Ed.), *Political symbols, symbolic Politics: European Identities in Transformation*. Aldershot: Ashgate.
- Rosa, A., Blanco, F. y Huertas, J.A. (1998) Uses of historical knowledge: an exploration of the construction of professional identity in students of psychology. En J. Voss y M.
- Rosa, A., Blanco, F. y Huertas, J.A. (1998). Haciendo historia para el futuro de la psicología. *Anuario de Psicología*, 29, 73-87.
- Rosa, A., Blanco, F., Huertas, J. A., Mateos, A. I. y Díaz, F. (1996): "Acts of identification and the games of identity". *International Workshop on Cultural and National Identity. A Social Approach to Social Integration in Multicultural Societies*, Universidad Autónoma de Madrid.
- Rosa, A., Blanco, F., Travieso, D., & Huertas, J.A. (1999). Argumentando sobre el cambio histórico. Explicaciones sobre el pasado, el presente y el futuro de España. *Psicología Política*, 18,49-75.
- Rosa, A., Blanco, F., Travieso, D. y Huertas, J.A. (2000). Imaginando historias de España en el tiempo de unas elecciones generales. En Rosa, A., Belleli, G. y Backhurst, D. (eds.): *Memoria colectiva e identidades sociales*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Rosa, A., Castro, J. & Blanco, F. (2006). Otherness in historic situated self-experiences. In L. Simao & J. Valsiner (Comps.). *Otherness in question: Development of the self*. New York: InfoAge.
- Rouquette, M.L. (1973). La pensée sociale, In S. Moscovici (éd.), *Introduction à la psychologie sociale*, t.2, Paris: Larousse, 299-327.
- Rouquette, M.L. et Rateau, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*, Grenoble: PUG.
- Rouquette, M.L. (1996). Social representations and mass communication research. En: *Journal for the theory of social behaviour*, 26 (2), 221-231.
- Ruiz, M.A., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31, 34-45.
- Sainsaulieu, R. (1985). *L'identité au travail*. 2ª ed. Paris: FNSP.
- Salas, M.J. (2003). Enfermería y la construcción sociocultural de la identidad profesional. 2ª Parte. *Documentos de Enfermería*, 20, 4.
- Salas, P.M. (2005). Investigación de la validación de la imagen del cuidado en la tradición sociopolítica e histórica en el siglo XVIII: el caso del manual del Dr. Carrere. Cultura de los cuidados: *Revista de enfermería y humanidades*, 16-23.
- Sánchez, I. (2005) Análisis iconográfico de la imagen del cuidado: visión social del cuidador en el arte occidental. Curso de Humanidades Contemporáneas *La Enfermería en la Cultura Contemporánea*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Sánchez, R. y Blanco, F. (1996). The constitution of identity by film viewers: The case of Taxi Driver. *2nd Conference for socio-Cultural Research*. Ginebra, Septiembre.
- Sánchez, R. y Blanco, F. (1998). Un análisis del proceso de producción de un cortometraje. Cambios estructurales y continuidad narrativa. *Comunicación y Cultura*, 3, 13-27.
- Sánchez-Criado, T. y Blanco, F. (2005) Introducción: Los constructivismos ante el reto de los estudios de la ciencia y la tecnología. AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, Número Especial, 1-43. En: <http://www.aibr.org/antropología/44nov> [Fecha última consulta 17/08/2012].
- Santana, L., Hernández E., Eugenio P., Sánchez-Palacios, M., Pérez, R. y Falcón R. (2009). Síndrome de *burnout* entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería Clínica*, 19(1), 31-34.

- Seco, M., Andrés, O. y Ramos, G. (1999). *Diccionario del español actual*. Madrid: Aguilar.
- Sellán, M.C. (2006). La Psicologización del Cuidado: Krausismo, Psicología y Enfermería. *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (2-3), 127-134.
- Sellán, M.C. (2007). *Identidad y conflicto en el ejercicio del cuidado. Una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enfermera en España*. Tesis doctoral inédita. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Sellán, M.C. (2010). *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea*. (2ª ed.). Madrid: FUDEN.
- Sellán, M.C., Blanco, F., Vázquez, A., Díaz, M.L. y Hernando, M.F. (2011). Elementos para una filosofía mediacional del cuidado: ética en los límites. *Referencia. Revista de Enfermagem*. Suplemento especial. XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Vol. II. p. 385.
- Sellán, M.C. y Blanco, F. (2005) Hacia un modelo historiográfico sobre las relaciones entre enfermería y psicología. *Revista de Historia de la Psicología*, 26(2-3), 213-219.
- Sellán, M.C. y Vázquez, A. (2011). El desarrollo institucional de la enfermería psiquiátrica en España (1932-1977). Un ángulo ciego en el *complejo psi*. En Mora, J.A., Martín, M.L. y Gallardo, J.A. (coords.) *Historia de la Psicología y Ciencias Afines*. Málaga: EDA; pp. 183-185.
- Sellán, M.C., Vázquez, A. y Blanco, F. (2010). Cuerpo, apariencia y poder. Una odisea iconográfica a través de la enfermería española contemporánea (1896-1977). En González, C. y Martínez, F. (Eds.), *La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia* (pp. 447-468). Granada: Comares.
- Sellán, M.C., Vázquez, A., Blanco, F. y Hernando, M.F. (en prensa). La enfermería española contemporánea. Historia de un conflicto sin resolver. *Revista Híades*.
- Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguacilara.
- Siles, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index de Enfermería*, 50, 7-9. Disponible en: <http://www.indexf.com/index-enfermeria/50revista/5196.php> [Fecha última consulta 17/03/2012].
- Soto, R. y Santamaría, M.I. (2005). Prevalencia del *burnout* en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 123-30.

- Stoehrel, V. (2000). Sobre los fines y la metodología en los estudios sobre la mujer y las relaciones de poder en las sociedades occidentales desarrolladas. *Espéculo. Revista de estudios literarios*, 16. Recurso electrónico disponible en línea: http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/v_stoehr.html [Fecha última consulta: 4/08/2012].
- Stromberg, F.M. (1976). Relationship of sex role identity tu occupational image of female nursing students. *Nursing Research*, 25, 363-369.
- Takase M, Maude P, Manias E. (2006). Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3): 333-343.
- Tajfel, H. (1978). Social categorization, social identity and social comparison. En H. Tajfel (Ed.), *Diffferentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations* (pp. 61-76). London: Academic Press.
- Tetreaul, A.I. (1976). Selected factors associated with professional attitudes of bacculaureate nursing students. *Nursing Research*, 25, 49-53.
- Tomás, J., Maynegre, M., Pérez, M., Alsina, M., Quinta, R. y Granell, S. (2010). Síndrome de *burnout* y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 20 (3), 173-178.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Mapfre.
- Torralba, F. (1999). Lo indudablemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar. *Revista Labor Hospitalaria*, 31(253): 183-187.
- Valverde, M. (1991). As if subject exist; analysing social discourses. *Canadian Review of Anthropology and Sociology*, 28, 2, 173-187.
- Vahabi, M., Gastaldo, D. (2003). Rational Choice(s)? Rethinking decision-making on Cancer risk and screening mammography. *Nursing Inquiry*, 10(4), 245-256.
- Vázquez, A. (2008). Maslow más allá de la psicología: influencias sobre las formas de pensar el cuidado. *Revista de Historia de la Psicología*; 29 (3-4): 269-274.
- Vázquez, A. (2012). *El papel del conocimiento histórico en la constitución de la identidad enfermera en España*. Tesis doctoral inédita. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Vázquez, A., Blanco, F. y Sellán, M.C. (2011). El papel de la historia en la constitución de la identidad enfermera en España. Una aproximación mediacional. *I Encuentro de la Sección Ibérica de la ISCAR*. Miraflores de la Sierra del 3 al 5 de febrero de 2011.

- Vázquez, A., Blanco, F., Sellán, M.C., Santamaría, J.M. y Arribas, A. (2011). Una aproximación mediacional a las representaciones históricas enfermeras en España: una identidad en conflicto. *Referencia. Revista de Enfermagem*. Suplemento especial. XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Vol. I. p. 488.
- Valsiner, J. (1994). Narratives in the making of History of Psychology. En Rosa A. y Valsiner J. (Comp.). *Historical and Theoretical Discourse in Social-Cultural Psychology*. Madrid: Aprendizaje.
- Ventosa, F. (1984). *Historia de la enfermería española*. Madrid: Ciencia 3.
- Villanueva, L.A. (2005). Las transformaciones históricas y sociales del sistema hospitalario. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 48 (4), 158-160.
- Voloshinov, V. N. (1992). *El marxismo y la filosofía del lenguaje: Los principales problemas del método sociológico en la ciencia del lenguaje*. Madrid: Alianza Editorial.
- Weedon, C. (1997). *Feminist practice and poststructuralist theory*. Cambridge: Blackwell.
- Weedon, C. (1999). *Feminism, Theory and the Politics of Difference*. Cambridge: Blackwell.
- Wertsch, J. V., del Río, P. y Álvarez, A. (1997). Estudios socioculturales: historia, acción y mediación. En J. V. Wertsch, P. del Río y A. Álvarez (Eds.), *La mente sociocultural. Aproximaciones teóricas y aplicadas*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Wilson, V. (1971). An analysis of femininity in nursing. *American Behavioral Scientist*, 15 (2), 213-220.
- Wolf, M. (2000). *Sociologías de la vida cotidiana*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Wright, G.H. von (1974). *Explicación y Comprensión*. Madrid: Alianza.
- Wortham, S. (1996). Mapping participant deictics: A technique for discovering speakers' footing. *Journal of Pragmatics*, 25, 331-348.
- Wortham, S. (2006). *Learning identity. The joint emergence of social identification and academic learning*. New York: Cambridge University Press.
- Wright, G.H. Von (1974). *Explicación y Comprensión*. Madrid: Alianza.
- Zaman, S. (2009) Ladies without lamps: nurses in Bangladesh. BRAC University, Dhaka, Bangladesh. *Qual Health Res*, 19, (3), 366-74.
- Zurriaga, R. Ramos, J. González-Romá, V. Espejo, B. y Zornoza, A. (2000). Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 3, 85-98.

A N E X O

ANEXO I

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN

DATOS GENERALES DE LOS ESTUDIANTES

CODIGO _____

FECHA: EDAD GENERO: ☐ Hombre ☐ Mujer

NOTA DE INGRESO EN LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

VÍA DE ACCESO A LA DIPLOMATURA:

ELECCIÓN DE LA DIPLOMATURA

ENFERMERÍA:

- ☐ F.P.
- ☐ Selectividad
- ☐ Diplomatura / Licenciatura
- ☐ Cupo de extranjeros
- ☐ Discapacitados
- ☐ Mayores de 25 años

- ☐ 1ª Opción
- ☐ 2ª Opción
- ☐ 3ª Opción
- ☐ 4ª Opción
- ☐ 5ª Opción
- ☐ Otras: Especificar _____

¿TRABAJA EN EL ÁMBITO SANITARIO?: SÍ ☐ NO ☐GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS GENERALES DE LOS PROFESIONALES
DIPLOMADO EN ENFERMERÍA

CODIGO _____

EDAD: _____

GENERO: ☐ Hombre ☐ Mujer

ESTUDIOS REALIZADOS (Puede marcar más de una alternativa):

- ☐ A.T.S. ☐ Diplomado en Enfermería
- ☐ Especialista de Enfermería en: _____
- ☐ Otros estudios universitarios : _____
- _____
- ☐ Actualmente está cursando estudios de: _____
- _____
- ☐ Nivel de estudios: _____

TIPO DE CONTRATO: ☐ Fijo ☐ Interino ☐ Eventual/Temporal

TURNO DE TRABAJO: Mañana ☐ ; Tarde ☐ ; Mañana/ Noche ☐ ; Tarde/ Noche ☐

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJA A LA SEMANA:

NÚMERO DE AÑOS QUE LLEVA EJERCIENDO LA PROFESIÓN:

TIEMPO QUE LLEVA EN EL HOSPITAL:

NÚMERO DE HOSPITALES EN LOS QUE HA TRABAJADO:

SERVICIOS O UNIDADES HOSPITALARIAS DONDE HA TRABAJADO CON ANTERIORIDAD Y TIEMPO DE PERMANENCIA EN CADA UNA DE ELLAS:

_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

OTROS CENTROS EN LOS QUE HA TRABAJADO Y TIEMPO DE PERMANENCIA EN CADA UNO DE ELLOS:

_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

EN EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD ACTUAL SE SIENTE:

NADA SATISFECHO ☐ **POCO SATISFECHO** ☐ **SATISFECHO** ☐ **MUY SATISFECHO** ☐

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO AL LUGAR DE TRABAJO:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS GENERALES DE LOS MÉDICOS

CODIGO _____

EDAD: GENERO: ☐ Hombre ☐ Mujer

ESTUDIOS REALIZADOS (Puede marcar más de una alternativa):

☐ Medicina☐ Especialista en:☐ Actualmente está cursando la especialidad en:☐ Otros estudios: _____

CATEGORÍA PROFESIONAL: _____

TIPO DE CONTRATO: Con plaza ☐ Interino ☐ Eventual/Temporal ☐EN FORMACIÓN: MIR ☐HORARIO DE TRABAJO: Mañana ☐ Tarde ☐ Mañana/ Noche ☐ Tarde/ Noche ☐NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJA A LA SEMANA: NÚMERO DE AÑOS QUE LLEVA EJERCIENDO LA PROFESIÓN: TIEMPO QUE LLEVA EN EL MISMO CENTRO: NÚMERO DE HOSPITALES EN LOS QUE HA TRABAJADO:

OTROS CENTROS EN LOS QUE HA DESEMPEÑADO SU ACTIVIDAD Y TIEMPO DE PERMANENCIA EN CADA UNO DE ELLOS:

_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

EN EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD ACTUAL SE SIENTE:

NADA SATISFECHO ☐ POCO SATISFECHO ☐ SATISFECHO ☐ MUY SATISFECHO ☐TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO AL LUGAR DE TRABAJO: **GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

DATOS GENERALES DE LOS ODONTÓLOGOS

CODIGO _____

EDAD:

GENERO: ☐ Hombre ☐ Mujer

RELACIONES PERSONALES:

NÚMERO DE HIJOS:

- ☐ Con pareja habitual
☐ Sin pareja habitual
☐ Sin pareja

ESTUDIOS REALIZADOS (Puede marcar más de una alternativa):

- ☐ Odontología
☐ Otros estudios universitarios (Especificar: _____)
☐ Actualmente está cursando estudios (Especificar: _____)

NÚMERO DE AÑOS QUE LLEVA EJERCIENDO LA ODONTOLOGÍA:

CONSULTA PROPIA: SI ☐ NO ☐TIPO DE CONTRATO: ☐ FIJO ☐ TEMPORAL

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJA A LA SEMANA:

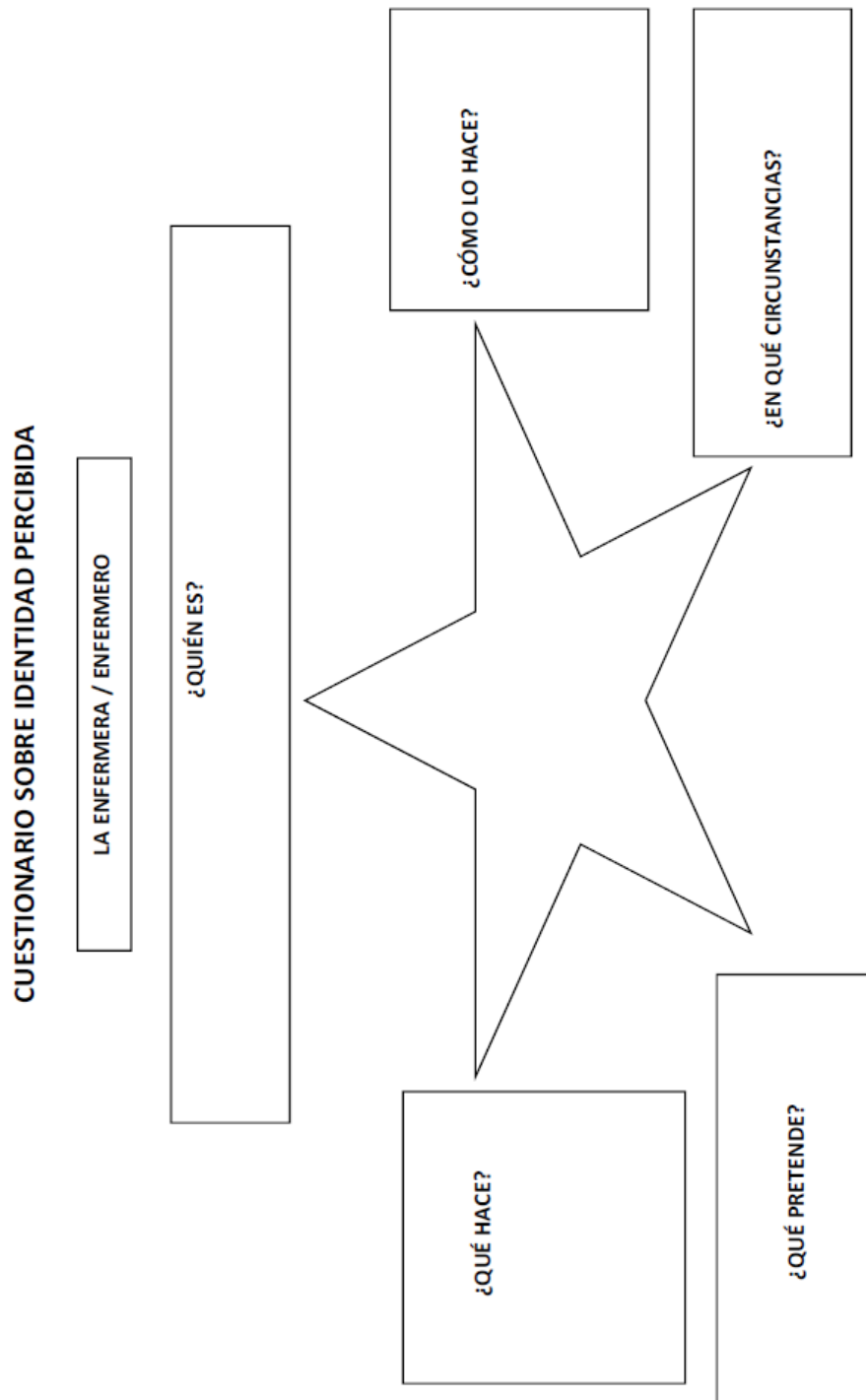
EN EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD EN LA ACTUALIDAD SE SIENTE:

NADA SATISFECHO: ☐ POCO SATISFECHO, ☐ SATISFECHO, ☐ MUY SATISFECHO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO II

CUESTIONARIO SOBRE IDENTIDAD PERCIBIDA



A N E X O I I I

DIBUJO DE UNA ENFERMERA/ENFERMERO E HISTORIA

A N E X O I I I . 1

DIBUJE UNA ENFERMERA O / UN ENFERMERO Y CUENTE SU HISTORIA

ANEXO III.2

DIBUJO DE UNA ENFERMERA/ENFERMERO